

I CONGRESSO INTERNACIONAL

# A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

DOS CONTEXTOS DA  
PRÁTICA À  
INVESTIGAÇÃO

**LIVRO DE  
RESUMOS**

Abril 2021



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Viana do Castelo

## **FICHA TÉCNICA**

### **Título**

Livro de Resumos:

I Congresso Internacional - A pessoa em situação crítica: dos contextos da prática à investigação

### **Coordenação**

Aurora Gonçalves Pereira – ESS-IPVC

Arminda Celeste Maciel Vieira – ESS-IPVC

Clementina Fernandes de Sousa – ESS-IPVC

Mara do Carmo de Jesus Rocha – ESS-IPVC

### **Apoio Técnico**

Anabela Sousa

### **Edição**

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Núcleo UICISA:E/ESEnfC na ESS-IPVC

Rua D. Moisés Alves de Pinho

4900-314 Viana do Castelo

**ISBN:** 978-989-54883-1-5

Os artigos publicados neste livro de atas são propriedade da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusiva dos seus autores.

Abril, 2021

#### COMISSÃO ORGANIZADORA

Alzira Aroso - Mestranda ESS-IPVC  
Arminda Vieira – Docente ESS-IPVC  
Aurora Pereira – Docente ESS-IPVC  
Carolina Sousa - Mestranda ESS-IPVC  
Clementina Sousa – Docente ESS-IPVC  
Fábio Linhares - Mestrando ESS-IPVC  
Hugo Pereira - Mestranda ESS-IPVC  
Isabel Miranda – Mestranda ESS-IPVC  
Joana Ferreira - Mestranda ESS-IPVC  
Mara Rocha – Docente ESS-IPVC  
Miguel Vaz – Enfermeiro ULSAM  
Ricardo Parente – Mestrando ESS-IPVC  
Samuel Sousa – Enfermeiro ULSAM  
Sofia Castro - Mestranda ESS-IPVC  
Tânia Costa - Mestranda ESS-IPVC

#### COMISSÃO CIENTÍFICA

Aurora Pereira – Docente ESS-IPVC  
Arminda Vieira – Docente ESS-IPVC  
António Táboas - Médico INEM  
Clementina Sousa – Docente ESS-IPVC  
Mara Rocha – Docente ESS-IPVC  
Miguel Vaz – Enfermeiro ULSAM  
Rosa Olívia Mimoso – Enfermeira ULSAM  
Samuel Sousa – Enfermeiro ULSAM



## ÍNDICE

EDITORIAL .....	3
<b>Resumos de Comunicações em Painel .....</b>	<b>4</b>
PAINEL: E QUANDO A CATÁSTROFE ACONTECE?.....	5
Intervenção em Situação de Catástrofe no Terramoto de Port-au-Prince, Haiti (2010).....	5
PAINEL - CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: NOVOS DESAFIOS À FORMAÇÃO E À INVESTIGAÇÃO .....	7
Novos desafios à formação com recurso à simulação e à investigação.....	7
A perspetiva de um enfermeiro da prática clínica .....	8
PAINEL: A GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA/CATÁSTROFE .....	10
Situações de Catástrofe e Emergência: gestão da Informação.....	10
O Modelo de Vivências do Luto Sadio – “Clepsidra” .....	14
<b>Resumos de Comunicações e Pósteres .....</b>	<b>15</b>
Construção de um plano de resposta à catástrofe num serviço de urgência básica .....	16
Dor aguda no doente crítico – alternativas ao uso de opióides .....	18
Adesão à Bundle cirúrgica em mulheres submetidas à histerectomia abdominal .....	19
Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes .....	20
Doente em choque hemorrágico. E agora? .....	21
Promoção da autogestão do Regime Terapêutico da pessoa com doença cardiovascular: indicadores de qualidade da intervenção de enfermagem .....	22
Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major.....	24
Desenvolvimento de um Procedimento de Enfermagem para Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular .....	26
Capnografia – uma aposta na monitorização da pessoa em situação crítica .....	27
Contributos da metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem seguros do contexto extra para intra-hospitalar .....	28
Um olhar bioético sobre a doação e transplantação de órgãos humanos .....	30
<b>Resumo de Comunicação em Workshop .....</b>	<b>31</b>
Doação e transplante de órgãos.....	32

## EDITORIAL

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, em que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância e de terapêutica de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Intervir junto de pessoas em situação crítica revela-se, assim, uma realidade única que exige aos profissionais de saúde conhecimentos, competências, formas de agir e atitudes específicas.

O número crescente de doenças com início súbito e de crónicas que agudizam, o aumento e a complexidade dos acidentes, da violência urbana, das catástrofes naturais e do terrorismo internacional, requerem planos estratégicos e investimentos cada vez maiores no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento à pessoa em situação crítica/família, de modo a contribuir para a diminuição de complicações e promoção de uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

Neste contexto, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, assumiram o desafio de organizar este congresso, com o objetivo de criar espaços de reflexão e diálogo, de partilha de experiências e desenvolvimento do saber sobre a prática de cuidados, a investigação e a formação no âmbito do atendimento à(s) pessoa(s) em situação crítica.

Com este livro de resumos pretende-se divulgar as comunicações integradas em painéis, comunicações orais, pósteres e workshop apresentados por oradores convidados, estudantes de enfermagem e profissionais de saúde,

Os conteúdos dos resumos e a identificação são da responsabilidade dos autores que os submeteram.

## Resumos de Comunicações em Painel

## **PAINEL: E QUANDO A CATÁSTROFE ACONTECE?**

### **Intervenção em Situação de Catástrofe no Terramoto de Port-au-Prince, Haiti (2010)**

**Palestrante:** Luís Silva

Projeto de Médicos do Mundo - Portugal

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A missão de Médicos do Mundo (MdM) surgiu em resposta à catástrofe resultante do terramoto de magnitude 7,3 na escala de Richter (e suas réplicas), ocorrido a 12 de janeiro de 2010, na região da capital do Haiti, Port-au-Prince (PaP). Este que foi o maior terramoto registado no Haiti provocou enorme destruição, um país já por si assolado por uma crise humanitária e fustigado por tempestades naturais. As condições sanitárias e recursos de saúde, já de si pobres, degradaram-se severamente e, com isto, agravaram-se os riscos de várias doenças, nomeadamente, as infectocontagiosas. Embora a língua oficial do Haiti seja o francês, a maior parte da população fala apenas o crioulo.

Estima-se que o terramoto provocou entre 220 a 300 mil vítimas mortais, cerca de 300 mil feridos e várias centenas de milhares de deslocados.

A missão de MdM tinha como Objectivo Global: minimizar as complicações dos traumatismos e lesões, tratar as doenças correntes e reduzir o risco de epidemias, assegurando cuidados de saúde primários e secundários, através de respostas de proximidade na comunidade.

Foi estabelecido um protocolo com as Irmãs Salesianas, em Carrefour-Feuille, PaP, que permitiu acomodar a tenda clínica semi-permanente de MdM nas suas instalações. A população local e os três campos de deslocados aí existentes (com 7500 pessoas) perfaziam cerca de 12.500 pessoas e careciam de serviços de saúde.

A missão de MdM teve início um mês após o terramoto e durou 6 meses. Integramos a equipa em março, por um período de 30 dias. A equipa era constituída por um médico, um enfermeiro, uma técnica logística, um tripulante de assistência médica - todos expatriados - e uma enfermeira local (tradutora).

O atendimento clínico iniciava-se pelas 9 horas e estendia-se até cerca das 19 horas. O trabalho começava pela triagem de utentes, segundo os critérios: prioridade clínica, menor idade e o momento de chegada.

Foi desenvolvido um plano de vacinação pós-catástrofe, com dois grupos-alvo: crianças menores de 7 anos, receberam a vacina combinada da difteria, tétano e tosse convulsa e a vacina do sarampo/rubéola, e o suplemento de Vitamina A; crianças com idade superior a 8 anos, adolescentes e adultos receberam a vacina da difteria e tétano.

A assistência clínica era realizada em equipa, de forma complementar e beneficiava da tradução do crioulo por parte da enfermeira local. Casos de maior gravidade ou necessidades diferenciadas eram encaminhados ou transferidos para um dos hospitais de PaP. As patologias de maior incidência estavam associadas a insuficientes condições sócio sanitárias e aos hábitos de vida. Com maior frequência observaram-se: problemas dermatológicos e de foro gástrico, sendo comuns as parasitoses; casos de hipertensão arterial; infeções respiratórias, sendo as viroses mais frequentes,

mas também pneumonias e três casos prováveis de tuberculose pulmonar (encaminhados para confirmação). Foram assistidos alguns casos cujo diagnóstico mais provável era malária, tendo-se iniciado o tratamento. Ainda decorrentes do terramoto, foram assistidos casos de traumatismo dos tecidos moles e músculo-esqueléticos. Nestes casos, os utentes eram sensibilizados e orientados para realizar a vacina antitetânica.

As condições de trabalho tornavam a assistência efetiva, mas nem sempre fácil, dada a elevada temperatura na tenda clínica. A principal limitação a destacar foi a insuficiência de medicamentos.



## **PAINEL - CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: NOVOS DESAFIOS À FORMAÇÃO E À INVESTIGAÇÃO**

### **Novos desafios à formação com recurso à simulação e à investigação**

**Palestrante:** Verónica Coutinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica

O avanço da tecnologia e a exigência cada vez maior da população derivado dos conhecimentos e do acesso facilitado à informação que detém, faz-nos refletir sobre os novos desafios à formação e à investigação com que nos vimos a deparar. Hoje temos disponíveis equipamentos tecnológicos e tecnologias educacionais que se traduzem como uma mais-valia ao desenvolvimento de competências e habilidades no contexto da formação em saúde.

A simulação traz grandes contribuições no contexto da formação e investigação e, inclusive, a Organização Mundial de Saúde recomenda o uso da simulação para o ensino de profissionais de saúde e na formação e treino dos estudantes, dando realce à cooperação internacional para o desenvolvimento de investigação.

O objetivo desta comunicação vai no sentido da reflexão sobre os novos desafios à formação com recurso à simulação e à investigação relativas ao cuidar da pessoa em situação crítica, tendo-se efetuado uma revisão de literatura no âmbito da formação com recurso à simulação e investigação relacionadas com o avanço de tecnologias.

Como resultados, averiguamos que a investigação e a formação conjunta têm permitido conhecimentos científicos e avançados em áreas específicas de intervenção em saúde, nomeadamente no doente crítico, proporcionando cuidados de qualidade com maiores garantias de resultado com uma prática de excelência. Falamos em simulação, uma metodologia de ensino e treino realista que permite aprender num ambiente educativo controlado, adaptável a vários tipos de treino, níveis de ensino e especialidades, e que possibilita o erro e a sua correção com a realização de um bom *debriefing*, proporcionando ainda experiências muito dinâmicas e ativas e uma aprendizagem sistematizada.

Para concluir, o crescente interesse pela simulação na formação e na investigação, que não devem ser dissociadas, deve-se essencialmente a três razões: o aumento da complexidade em saúde; o desenvolvimento tecnológico e a familiaridade e interesse dos estudantes pelas novas tecnologias. Os desafios são grandes, mas acredita-se que o caminho a seguir passa pela continuidade do recurso à simulação, interdisciplinar, nomeadamente simulação virtual e simulação *in situ*.

## A perspetiva de um enfermeiro da prática clínica

**Palestrante:** Samuel Sampaio Sousa<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Serviço de Urgência e Coordenador da Escola de Formação em Emergência. Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo

“Quanto maior é a invasibilidade, maior será o risco de produção de danos colaterais, sendo este o preço a pagar hoje pela enorme eficácia da medicina moderna, mas também esta é a dimensão do risco que lhe está associado”.

José Fragata *in* Segurança dos doentes – Uma abordagem prática, 2011

O crescimento galopante de todas as áreas de intervenção, tal como as conhecemos, são fruto de um desenvolvimento científico e tecnológico nunca visto anteriormente. A sociedade no geral e o indivíduo em particular, habituou-se a ter, a usufruir e procurar desenfreadamente esta posse, levando a que, muitas vezes, na ânsia de ter mais e melhor, se assista a consumismo desenfreado, por vezes, fútil.

De mãos dadas com este desenvolvimento tecnológico surge o conceito de segurança. Efetivamente, todos procuramos ter mais e melhor, mas é indiscutível que na essência, procuramos um *upgrade* de segurança individual e coletivo.

Com base nestes três eixos: desenvolvimento tecnológico, procura e segurança, também a Saúde tem assistido a um crescimento significativo.

Permitam-me lançar a discussão da formação e investigação, enquanto desafios para o cuidar da pessoa(s) em situação crítica, com base num dos exemplos de maior desenvolvimento nestes últimos anos – a construção automóvel e toda a tecnologia à qual assistimos empregue na sua concretização, com vista ao aumento significativo da segurança rodoviária.

A sinistralidade automóvel produz anualmente um significativo número de vítimas, acarretando ao próprio, à família e à sociedade emocionalmente e financeiramente, perdas muito significativas e em alguns casos irreparáveis.

Falar de mortalidade rodoviária não é inocente, os números chocam-nos. Chocam pela possibilidade de fazermos parte desses números, já que somos consumidores diários desta necessária mobilidade.

Esquecemo-nos, porém, nem que seja temporariamente, de uma outra segurança para a qual diariamente temos o dever de contribuir, uma vez que a ausência de segurança na saúde mata mais que a sinistralidade rodoviária.

Anualmente, em Portugal, morrem mais de 500 pessoas nas estradas e a tendência nos últimos anos é de crescimento, contudo quando falamos em “*erro médico*” e aqui permitam-me substituir o termo por “*erro em saúde*”, dada a elevada complexidade de procedimentos e as inúmeras interações realizadas pelos diversos intervenientes, o número cifra-se entre as 1300 e 2900 mortes.

Como sabemos diversos são os fatores que podem favorecer o aparecimento do erro: *stress*; fadiga; negligência;

automatismo das tarefas; falhas de concentração; o estado dos equipamentos ou a falta de condições de trabalho; idade do doente ou mesmo as morbilidades associadas.

Algumas destas, são variáveis não modificáveis, porém, outras são-no por organizações que buscam a excelência da segurança. Contudo, sabemos também que: a falta de domínio técnico; a insuficiência de conhecimentos; a evolução tecnológica dos equipamentos; a má organização das equipas ou mesmo as falhas de comunicação, são variáveis altamente sensíveis à capacitação dos profissionais através da formação e à aplicação da investigação produzida.

Com base no modelo de aprendizagem de *Kolb* e aproveitando os desenvolvimentos tecnológicos das últimas décadas na área da simulação, tem-se apostado fortemente, numa visão de parceria institucional ULSAM/ESS-IPVC, na capacitação dos seus profissionais com vista ao incremento significativo da segurança em saúde.

A formação e o treino regular em contextos de simulação de média ou alta fidelidade, originando um *debriefing* estruturado e dirigido por objetivos, potencia a aquisição do conhecimento, o desenvolvimento de competências na prática assistencial e incrementa a reflexão dos profissionais, devolvendo para novos momentos de formação e de treino, intervenções, competências e situações vivenciadas.

A utilização desta ferramenta, utilizada inclusivamente nos locais de trabalho dos próprios profissionais, em ambiente recriado, controlado e praticamente isento de riscos, sendo esta uma das mais-valias da simulação, tem-se revelado como um instrumento fulcral, na obtenção de ganhos em saúde.

Este é, sem dúvida, um caminho a seguir!

## **PAINEL: A GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA/CATÁSTROFE**

### **Situações de Catástrofe e Emergência: gestão da Informação**

**Palestrantes:** Rogério Corga da Silva<sup>1</sup>; Rosa Olívia Mimoso<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Internista da Unidade de Cuidados Intensivos. Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo

<sup>2</sup> Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Enfermeira Chefe: Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente. Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo

Sabendo da complexidade e vastidão que pode ser falar sobre “informação” em situações críticas, foi decidido incidir apenas no fluxo da informação nestas situações, pela importância crucial que tem, e pelo impacto que pode significar o seu compromisso. Neste sentido, a “Gestão da Informação” será uma reflexão e uma revisão sobre “a comunicação”. Citando Rall, Gaba & Human (2005) “*meant is not said, said is not heard, heard is not understood, understood is not done*”, esta frase reflete taxativamente a complexidade da comunicação, e o elevado risco de ser ineficaz ou incompleta. A presente reflexão será em torno desta temática, mas incidindo nos ambientes de Catástrofe e Emergência.

A prática de Medicina Crítica de qualidade depende diretamente de recursos adequados, incluindo recursos humanos (*staff*), e recurso materiais (infraestruturas, fármacos, meios complementares de diagnóstico, material de consumo clínico, etc.). Quando existe compromisso desta premissa, como acontece numa situação de catástrofe, os profissionais devem conhecer: as limitações decorrentes (adequar como vão alterar a abordagem de pacientes), os meios disponíveis (humanos e materiais) e quais as estratégias definidas para mitigar as limitações. Como se pode inferir, uma clara; rápida e eficaz comunicação pode fazer a diferença numa situação. A atitude a adotar numa situação de catástrofe será sempre de “adaptar e ultrapassar a adversidade”.

Catástrofe é toda a situação de procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados médicos de urgência, potencialmente capaz de esgotar os recursos disponíveis e/ou, no caso de a ocorrência ter origem no próprio hospital, implicar a evacuação rápida de grande número de pessoas. Estes cenários podem implicar destruição material, escassez de meios (como tremores de terra, incêndios, acidentes em meios intra-hospitalares), ou podem ser situações de instalação de multivítimas (mantendo os meios habituais). Nestes casos, em que o número de vítimas é superior aos recursos para tratar individualmente cada um, passamos de uma abordagem de providenciar “o melhor para o indivíduo”, para “o melhor possível para o maior número de vítimas”, a comunidade passa a ter prioridade sobre o indivíduo. Esta é uma decisão difícil de tomar, em que o paradigma de decisão muda, e os profissionais de saúde envolvidos na triagem devem idealmente estar treinados para a abordagem em situação de catástrofe.

Cada instituição tem o seu próprio “Plano de Catástrofe”, com definição dos principais papéis na cadeia de gestão de evento. De forma global, os planos seguem o “*incident Command System*”. É importante lembrar que uma boa comunicação, com informação do exterior (planos, recursos, etc), podem aumentar a eficiência, diminuir receio, e evitar rumores. A catástrofe pode implicar que os sistemas normais de comunicação estejam em baixo, que diferentes equipas externas partilhem espaços (Bombeiros, Polícias, Equipas de resgate, etc), e cada uma com o seu próprio sistema de comunicação. O “*mass voluntarism*” e a espontânea disponibilização de profissionais para ajudar, leva

ainda a que diferentes profissionais de saúde, com diferentes *skills* trabalhem lado a lado. Treinos, simulações e exercícios são cruciais para melhorar a abordagem, mesmo sabendo que nunca se poderão prever todos os problemas de cada situação real. Um dos pontos fulcrais, é precisamente a comunicação entre equipas. O circuito de informação deve ser gerido pelo Coordenador do Plano de Catástrofe, através do Gabinete de Crise (detalhes definidos nos Planos de Catástrofe). A segunda parte desta reflexão, refere-se à comunicação em emergência, em que a preocupação se prende com técnicas para assegurar a passagem correta de informação.

Parece-nos lógico, que qualquer *team leader* tenha a função de assegurar a EFICÁCIA da comunicação, e consiga antever as possíveis consequências de erros nesta vertente.

Enquanto esta temática tem sido pouco estudada em contexto médico, sabemos com bases em investigações exaustivas, que os erros humanos são a principal razão para acidentes de viação, sendo, de todos os erros, os de comunicação os mais comuns.

As principais revisões de erro médico, incidem habitualmente sobre conhecimentos factuais e/ou erros de destreza de procedimentos, e raramente avaliam a comunicação em eventos críticos. Tomando consciência da origem do erro na comunicação, surge um conceito inovador, dos “especialistas em comunicação” e as capacidades de “destreza comunicativa”, como fatores promotores de boa comunicação e de diminuição de erro clínico.

Na indústria da aviação, afirma-se que o “jato moderno é demasiado complexo para ser pilotado apenas por uma pessoa”, e considerou-se crucial a eficácia da comunicação atendendo ao facto de haver vidas humanas envolvidas. Vários estudos comprovaram que o principal motivo para a queda de aeronaves foram erros de comunicação entre piloto e copiloto (originando o desenvolvimento de estratégias para contrapor estes erros). Na medicina crítica, onde também consideramos haver risco de vidas humanas envolvido, é altamente improvável que a abordagem de uma vítima seja feita de forma individual, e a comunicação eficaz torna-se também um fator importante na abordagem de cenários e no trabalho de equipa.

Comunicação, do latim *communicatio.onis*, significa “ação de participar”. Implica um processo que envolve a troca de informações por meio de signos e regras semióticas mutuamente entendíveis. Permite criar e interpretar mensagens que provocam uma resposta.

O *team leader*, para desempenhar “bem” a sua função, tem de reunir uma série de capacidades: desde estabelecer um modelo mental partilhado e não imposto, à coordenação de tarefas; centralização do fluxo de informação, até à capacidade de estabilizar emoções. Parece assim óbvia a necessidade de um *team leader* “dominar a comunicação” de/com a sua equipa.

Existem estratégias desenvolvidas para melhorar a comunicação (maioritariamente aplicadas com base em atitudes já comprovadamente eficazes na indústria da aviação):

- “*Flying by voice*” - ou aplicando à emergência, “reanimação pela voz”. Na aviação implica narrar em voz alta os passos dados em situações importantes de pilotagem, em situações de “reanimação” ou abordagem de doente crítico, implica verbalizar o raciocínio, a abordagem, e os diagnósticos diferenciais equacionados.
- Discurso orientado pelo emissor - Atenção em haver uma preocupação do emissor em assegurar que as mensagens são recebidas, aguardando *feedback* verbal ou outros sinais de confirmação.
- Evição de linguagem atenuante - Uma cordialidade excessiva pode originar distanciamento e relutância em sugestões/partilha de opiniões contraditórias. Manter uma comunicação horizontal em que todos os elementos se

colocam ao mesmo nível, e não com separação hierárquica, no que se refere à partilha de opiniões é um fator facilitador de ajudas cognitivas e evicção de erro.

- Uso de palavras/frases curtas e dirigidas, com objetivo de ser claro e direto. Evicção de circunlóquios ou divagação.

- “*Sterile cockpit*” - Corresponde na aviação aos momentos de elevado risco de acidente (nomeadamente em altitude inferior a 10,000 pés), em que a comunicação fica restrita exclusivamente à condução da aeronave. Passando para o ambiente de doente crítico, durante um procedimento/momento complexo (entubação orotraqueal, colocação de cateter venoso central, manobras de suporte avançado de vida, etc) é defensável que qualquer outro tema de conversa seja prontamente terminado, bastando para isso algum elemento pronunciar as palavras “*sterile cockpit*”.

Estratégias para interpolar um elemento da equipa com uma atitude não esclarecida/discordante (um avanço progressivo na interrogação, com vários níveis de abordagem):

- Assertividade graduada: 1) Insinuação, 2) Preferência, 3) Interrogação, 4) Sugestão partilhada, 5) Afirmação, e 6) Ordem.

- Abordagem 5 passos: 1) Captação de atenção, 2) Verbalização de preocupação, 3) Exposição do problema, 4) Proposta de atitude, e 5) Confirmação de concordância.

Estratégias para estimular a contribuição e responsabilização do resto da Equipa pelo Team Leader:

- “*Call Out*”: Implica lançar a questão ao grupo sobre o que falta fazer, pontos por abordar, ou lapsos que possam ter ficado por reconhecer. “Alguém tem alguma coisa a acrescentar?”

- “*Step Back*”: Sugere-se que regularmente, o team leader deve parar, dar um passo atrás, e recapitular em voz alta o que foi identificado, que problemas existem, que atitudes foram tomadas, e que tarefas estão por completar. Este gesto, reorienta e fixa a atenção de toda a equipa. Uma teoria concreta (“*The 10 seconds for the 10 minutes principle*”) defende precisamente uma pausa deste foro durante 10 segundos, a cada 10 minutos de abordagem de vítimas críticas.

Estratégias para assegurar o sucesso na comunicação (assegurar que “o dito é ouvido e compreendido”): 3 C’s:

- Uso de instruções Claras

- Citar sempre nomes dos destinatários da comunicação, nomeadamente se for um pedido/ordem

- Pedir sempre *feedback* (“encerramento do ciclo da comunicação”)

- Atribuição de tarefas (pode ser uma estratégia, pedir a elementos tarefas precisas e definir timing para cada gesto, com pedido de *feedback* após conclusão).

Qualquer situação de abordagem em equipa de uma vítima crítica deve ser sucedida de uma discussão sobre o que foi feito, aspetos positivos, limitações, dificuldades, sensações subjetivas dos envolvidos, e aspetos a melhorar numa situação futura. Este “*hot debrief*” não serve apenas para melhorar o trabalho de equipa, mas também para pedagogicamente promover progressão e melhoria dos elementos. Quando passível, nas situações em que há pré-aviso de chegada de uma vítima, pode fazer-se uma conferência de preparação (“*pre-brief*”) em que se podem distribuir tarefas, antecipar áreas/gestos de maior conforto para elementos específicos, preparar dificuldades, e otimizar o local/ambiente/recursos de trabalho para a maior eficácia possível na chegada da vítima.

Estas são estratégias que visam facilitar a comunicação, incentivando todos os elementos a acrescentar a mais-valia dos seus conhecimentos numa situação de doente crítico, promovendo a melhor eficácia possível na transmissão de informação entre os vários elementos. Evitar erros na comunicação pode condicionar melhor prognóstico e melhor

“outcome” em cenários de vítimas críticas.

Concluindo, e refletindo sobre a frase inicial de Rall, Gaba, & Human (2005): “Meant is not said” é evitável com o “flight by voice”, e evitando discurso atenuante. “Said is not heard”, é evitável com a assertividade graduada e/ou a abordagem 5 passos. “Heard is not understood”, é evitável com o “Call Out”, o “Step Back” e o princípio “10 seconds for the 10 minutes”. Finalmente, “Understood is not done” é idealmente contraposto com o “sterile cockpit” e comunicação com os 3 C’s.

O trabalho de Equipa depende da Equipa, e para isso temos que saber comunicar.

### **Referências Bibliográficas:**

Rall M., Gaba D. Human. Performance and patient safety. In: Miller R, editor. Miller's Anesthesia. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 3021-72.

Peter G. Brindley MD, FRCPC\*, Stuart F. Reynolds MD, FCCP. Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care* (2011) 26, 155–159

Advanced Trauma Life Support R. Student Course Manual. 10th edition 2018. Library of Congress. Control Number: 2017907997. The committee on Trauma.

Plano de Catástrofe. Unidade Local de Saúde Do Alto Minho. Hospital de Santa Luzia. Serviço de Urgência. Nov, 2016. Qualitus.

Scott Weingart. EMCrit #230 – Resuscitation Communication. EMCrit Blog. Published on August 8, 2018. Accessed on May 28th 2019. Available at [<https://emcrit.org/emcrit/resuscitation-communication/>].

Cliff Reid. Resus.ME: Learning To Speak Resuscitese. EMCrit Blog. Published on May 24, 2016. Accessed on May 30th 2019. Available at [<https://emcrit.org/emcrit/learning-speak-resuscitese/>].

Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015

Despacho n.º 5613/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015

Regulamento n.º 429/2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

## **O Modelo de Vivências do Luto Sadio – “Clepsidra”**

**Palestrante:** José Eduardo Rebelo  
Universidade de Aveiro – Espaço do Luto – APELO

O Modelo de Vivências do Luto Sadio, apresentado sob a metáfora de uma clepsidra (MVLS-C), explica a caminhada que a pessoa em luto saudável percorre em consequência de uma perda pessoal profunda. Alicerçado em um quarto de século de experiência pessoal, investigação científica e ação comunitária sobre o luto, o constructo fundamenta-se no pressuposto de que a essência da vida é a perpetuidade das espécies: através da reprodução, para um legado, e da sobrevivência, pelo *conatus*. O que somos, hoje, resulta da evolução do inconsciente, ao longo de milhões de anos, balanceado na procriação, para a hereditariedade genética, e na sobrevivência, para a preservação da homeodinâmica. Ao sortilégio do carácter ajusta-se a consciência que elabora a personalidade e, por extensão cria instituições tão potentes como a família, a cultura e a civilização.

Damásio define que o equilíbrio individual é monitorizado por Emoções Iniciais, Sociais e de Fundo. O MVLS-C conceptualiza que as ligações afetivas são construídas e mantidas com emoções agradáveis e ameaçadas e quebradas por emoções desagradáveis e estão sujeitas a três tipos de Expectativas Emocionais, correspondentes aos das emoções: Profundas, que motivam o relacionamento e Imediatas, que o facilitam, e Expressas, que o concretizam. Postula, ainda, que as ligações afetivas da essência da vida são a filial, a conjugal e a parental e que a sua quebra, ocasionada, sobretudo, por morte, é expectável, nas duas primeiras, e não expectável, na última, com processos do luto bem diferenciados.

Em resposta a uma perda pessoal profunda, o enlutado reage com as Vivências Globais (VG) do Choque, do Desencontro, do Reconhecimento e da Superação, que agrupam Vivências Específicas (VE), de Detalhe (VD) e de Transição (VT). Na VG do Choque, a emoção surpresa desencadeia as VE da Negação e da Verificação da perda e a emoção repulsa gera as VE do Torpor e do Ânimo. Após um período curto, equivalente ao das exéquias, o enlutado experiencia a VG da Descrença, eventualmente, bastante prolongada, associada à emoção medo da rutura de sobrevivência. Nela ocorrem a VE da Busca do ente querido, nas Expectativas Emocionais do Laço afetivo que ligava as duas pessoas, e a VE do Desencontro, por confronto com a realidade da perda. A VG do Reconhecimento da perda exprime-se por VE correspondentes a emoções, como a Tristeza, Raiva, Culpa e Depressão, as quais, quando são assimiladas pelas VE do Dissipar, Dirigir, Responsabilizar e Alentar, respetivamente, conduzem à VG da Superação. O MVLS-C esclarece que todas as perdas sadias são superadas, para a reconquista da homeostasia e do bem-viver. A superação realiza-se pela VE da Aceitação, nas perdas expectáveis, ou pela VE da Conformação, nas perdas não expectáveis.

O livro “o LUTO: Vivências, Superação e Apoio; uma caminhada de pacificação interior”, do autor (Edições Afrontamento, 2019) desenvolve, na sua plenitude, o MVLS-C, com estratégias correspondentes para o Apoio ao Luto, já testadas na ação comunitária da APELO.

### **Referências Bibliográficas:**

Rebelo, José E. Luto: Vivências, Superação e Apoio; uma caminhada de pacificação interior. Edições Afrontamento, 2019



## **Resumos de Comunicações e Pósteres**

## COMUNICAÇÕES

### **Construção de um plano de resposta à catástrofe num serviço de urgência básica**

**Autores:** Sérgio Alexandre Neves Guimarães; Clementina Fernandes de Sousa; Paulo Rodrigues

**Introdução:** O contexto atual, de acessibilidade fácil e rápida à informação, permite-nos constatar que situações catastróficas assolam todas as partes do mundo. Torna-se assim fundamental que as instituições de saúde se encontrem preparadas para dar resposta a situações de exceção, uma vez que “Não esperamos catástrofes, contudo elas acontecem. Com a vida vêm calamidades naturais, com os avanços da indústria e da tecnologia vêm acidentes; com a estagnação ou a mudança socioeconómica e política vêm a insatisfação, o terrorismo e a guerra” (Waeckerle, 1991, p. 820). Neste contexto, espera-se que os serviços de urgência estejam aptos a disponibilizar assistência a multivítimas e que esta decorra de forma organizada, sistemática, eficaz e eficiente (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

**Objetivo:** Este trabalho tem como propósito a elaboração de um plano de resposta à catástrofe num Serviço de Urgência Básico (SUB), enquanto meio para assegurar o melhor desempenho em situação de multivítimas.

**Metodologia:** Como estratégia metodológica optou-se pela Metodologia de Projeto que se define como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Ruivo et al, 2010, p. 3) ou seja, permite a resolução de problemas, bem como a aquisição de conhecimentos e competências pela aplicação e concretização desse mesmo projeto no contexto real de trabalho, perspetivando mudança (Ruivo et al, 2010; Many & Guimarães, 2006).

O desenvolvimento desta metodologia assenta num conjunto de etapas, tendo o seu início no diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento das atividades necessárias, avaliação e posterior divulgação dos resultados (Many & Guimarães, 2006).

No diagnóstico de situação, identificaram-se necessidades da equipa e do contexto, através de entrevistas informais a atores privilegiados, questionário lançado à equipa de saúde e análise SWOT.

**Resultados:** O diagnóstico de situação permitiu identificar que cerca de metade da equipa desconhece se existe ou não o Plano de Catástrofe no serviço e cerca de 90 % nunca participou num simulacro de resposta a multivítimas. Emergem também necessidades formativas ao nível da aplicação da triagem START, identificação de riscos e desenvolvimento de competências de resposta em contexto de catástrofe. É de enaltecer que toda a equipa mostra interesse na implementação do Plano de Catástrofe.

Após o reconhecimento de necessidade e análise de possibilidades de intervenção, planeou-se um conjunto de atividades que visam dar resposta às necessidades identificadas, estabelecendo-se um plano formativo e em simultâneo dando-se início à elaboração do Plano de Resposta à Catástrofe.

**Conclusões:** Do estudo em curso, pode concluir-se que o SUB do Hospital Conde de Bertiandos possui uma equipa motivada para se formar no sentido de adquirir ou desenvolver competências necessárias para responder a situações de exceção ou catástrofe. Reconhece a existência de riscos que validam a necessidade de uma resposta sistemática, eficiente e eficaz, que possa contribuir para mitigar as sequelas decorrentes de uma situação de catástrofe.

**Palavras-chave:** Catástrofe, Risco, Triagem START, Plano de Catástrofe

### **Referências bibliográficas**

Many, E., & Guimarães, S. (2006). Como abordar... A Metodologia de Trabalho de Projeto. Lisboa: Areal Editores.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Recuperado

de[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, S. L. (2010) Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. "Percurso", 15: 1-37.

Waerckerle, J. F. (1991). Disaster planning and response. *New England Journal of Medicine*. 324: 815-821. DOI: 10.1056/NEJM199103213241206

## **Dor aguda no doente crítico – alternativas ao uso de opióides**

**Autores:** Diana Machado Cândido; Carla Peixoto, Alexandra Fernandes, Alexandra Fidalgo, Carlinda Rodrigues

**Introdução:** A dor é um fenómeno frequente no doente agudo, afetando o doente crítico quer em repouso quer durante a realização de procedimentos urgentes ou de rotina. Os opióides continuam a ser um dos pilares para o controle da dor na maioria das situações, no entanto, os seus efeitos colaterais preocupam os clínicos devido a importantes preocupações de segurança, como sedação, delírio, depressão respiratória, íleos e imunossupressão, podendo prolongar o tempo de internamento e piorar o *outcome* dos pacientes.

**Objetivo:** Pretende-se com este trabalho a sensibilização dos profissionais de saúde que lidam com o doente crítico, às estratégias farmacológicas e não farmacológicas alternativas, de acordo com as recomendações atuais.

**Metodologia:** Os autores propõem-se, através da apresentação de caso clínico, à discussão de estratégias de controlo de dor adjuvantes à utilização de opióides. Apresenta-se o caso de um homem de 46 anos, vítima de politraumatismo por acidente de viação, salientando-se traumatismo abdominal fechado e traumatismo da bacia e membro inferior esquerdo com múltiplas fraturas. Como complicações durante internamento, de salientar dificuldade no desmame de sedação por agitação psicomotora em contexto de dor mal controlada, assim como intolerância à nutrição entérica por estase gástrica e obstipação, induzidas pelo uso prolongado de opióides.

**Resultados:** No caso relatado a estratégia inicialmente adotada com utilização de monoterapia com fentanil em perfusão demonstrou-se ineficaz no controlo da dor, ao mesmo tempo que condicionou complicações que prolongaram a estadia em cuidados intensivos. Após revisão desta estratégia com vista à redução de dose e utilização de alternativas verificou-se que uma abordagem de “analgesia multimodal” permitiu reduzir o uso de opióides e otimizar a analgesia. A utilização de analgésicos não opióides, tais como agentes neuropáticos e anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs), associados a intervenções adjuvantes, neste caso, a analgesia epidural provou-se eficaz no controlo da dor e na resolução dos eventos adversos associados à estratégia analgésica prévia.

**Conclusões:** A escolha da melhor intervenção analgésica no doente crítico nem sempre é fácil tornando-se importante a adoção de métodos válidos e fidedignos para avaliação de dor, a importância da titulação das doses e a adoção de estratégias de diminuição de dose ou alternativas à utilização de opióides. No caso presente a avaliação criteriosa dos vários fatores predisponentes para a dor permitiu a escolha de uma estratégia dirigida de controlo de dor, alternativa ao uso de opióides.

**Palavras-chave:** Dor; Analgesia; Doente Crítico; Opióide

### **Referências bibliográficas**

John W. B F2 B2(2018). Diretrizes de Prática Clínica para a Prevenção e Tratamento da Dor, Agitação/Sedação, Delirium, Imobilidade e Interrupção do Sono em Pacientes Adultos na UTI "Critical Care"46 (9): 1-58. DOI:doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. doi:10.1097/ccm.0b013e3182783b72

Skrobik, Y., Ahern, S., Leblanc, M., Marquis, F., Awissi, D. K., & Kavanagh, B. P. (2010). Protocolized Intensive Care Unit Management of Analgesia, Sedation, and Delirium Improves Analgesia and Subsyndromal Delirium Rates. *"Anesthesia & Analgesia"*, 111(2), 451–463. doi:10.1213/ane.0b013e3181d7e1b8

Puntillo, K. A., & Naidu, R. (2016). Chronic pain disorders after critical illness and ICU-acquired opioid dependence. *Current Opinion in Critical Care*, 22(5), 506–512. doi:10.1097/mcc.0000000000000343

## **Adesão à Bundle cirúrgica em mulheres submetidas à histerectomia abdominal**

**Autores:** Maria Leonor Alves Soares; Luís Carlos Carvalho da Graça e Mara do Carmo de Jesus Rocha

**Introdução:** A prática baseada na evidência demonstra que a utilização das Bundle evidencia uma melhoria dos resultados, quando os feixes de intervenção são aplicados integralmente e em simultâneo, garantindo maior segurança e qualidade dos cuidados prestados. A Bundle cirúrgica é composta por um conjunto de cinco feixes de intervenção: o banho pré-cirúrgico, a avaliação e controlo da temperatura corporal, a tricotomia e a profilaxia antibiótica. A sua correta aplicação evidencia uma diminuição da taxa de infeção do local cirúrgico.

**Objetivo:** O objetivo geral deste estudo consistiu em avaliar a adesão à Bundle cirúrgica dos enfermeiros pré, intra e pós-operatórios, em mulheres submetidas a histerectomia abdominal.

**Metodologia:** Estudo descritivo simples de corte transversal. A amostra foi constituída por 48 mulheres submetidas a histerectomia abdominal. O instrumento de colheita de dados foi implementado através da aplicação de três *checklist*, construídas pelo investigador e testadas sob a forma de pré teste em 10 casos e aplicadas no pré, intra e pós-operatório imediato. A consulta informática do processo clínico complementou a avaliação no internamento e até às 24 horas após a cirurgia. O estudo foi autorizado pela comissão executiva do hospital alvo e salvaguardados os princípios éticos das pessoas envolvidas.

**Resultados:** Os resultados revelaram adesão total no banho pré-cirúrgico do dia com clorohexidina 2% e menor no banho da véspera. A realização da tricotomia com lâminas tipo gilete foi de 25,5%. No intraoperatório a administração do antibiótico profilático teve adesão de 100%, mas, os tempos corretos da sua administração foram de 91,7%. A pesquisa da glicemia capilar teve baixa adesão, com 22,9% no início da cirurgia e 8,3% no fim da cirurgia, e na sua maioria com avaliação nas mulheres com antecedentes em patologia diabética. A avaliação da temperatura corporal foi avaliada em 35,4% no início da cirurgia e 31,3% no fim da cirurgia. Na unidade de cuidados pós-anestésicos o antibiótico profilático não se administrou em 97,9%. A monitorização da glicemia capilar foi realizada em 18,8%. No pós-operatório verificou-se a manutenção da profilaxia do AB em 68,8% dos casos e a avaliação da glicemia capilar em 10,4%.

**Conclusões:** A adesão à Bundle cirúrgica é elevada no banho pré-cirúrgico, tricotomia e antibioterapia, sendo menor nos restantes procedimentos. O seu cumprimento integral não se verifica. O reduzido número de estudos sobre o tema e a dimensão reduzida da amostra são as principais limitações. As recomendações sugeridas têm em consideração a gestão e prática clínica através da promoção de estratégias de adesão, a formação e a criação de procedimentos. Para investigação futura sugere-se a replicação do estudo para amostras maiores com diversidade cirúrgica e de instituições, tal como estudos correlacionais entre a adesão à Bundle cirúrgica e a prevalência de ILC.

**Palavras-chave:** Enfermagem perioperatória; Infeção cirúrgica; Bundle.

### **Referências bibliográficas:**

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 020. Feixes de intervenção” de Prevenção de Infeção de local Cirúrgico. Lisboa;

Nacional Institute for Health and care excellence. (2008). Surgical site infection: Prevention and treatment. Retirado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg74/resources/surgical-site-infections-prevention-and-treatment-75628422853>;

Leaper, D.J. [et al.]. (2015). Surgical site infection: poor compliance with guidelines and care bundles. *International Wound Journal*, 12 (3), 357-362.

Soares, M.L.(2017). Adesão à Bundle cirúrgica em mulheres submetidas a histerectomia abdominal (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

## **Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes**

**Autores:** Cidália Maria Sousa Silva; Luís Carlos Carvalho da Graça

**Introdução:** A dimensão assumida pelas infeções causadas por microrganismos multirresistentes é crescente e constitui um evento adverso frequente, representando uma das principais preocupações no que concerne à segurança do doente e qualidade dos cuidados. É fundamental por parte dos profissionais, o conhecimento das recomendações existentes e a sua valorização e integração na prática diária. Face à complexidade dos cuidados prestados no Bloco Operatório (BO), altamente invasivos, foi realizado um estudo com o objetivo geral de analisar os conhecimentos e as práticas dos profissionais do BO na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes (MMR).

**Objetivo:** O objetivo geral do estudo consistiu em analisar os conhecimentos e as práticas dos profissionais do Bloco Operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes.

**Metodologia:** Realizado estudo do tipo descritivo-correlacional. A amostra ficou constituída por 144 profissionais do BO que responderam ao questionário construído para o estudo.

**Resultados:** A amostra é maioritariamente constituída por enfermeiros e médicos. Não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto aos conhecimentos globais, verificando-se diferenças significativas em domínios heterogéneos. Existe uma associação positiva entre a valorização das medidas de prevenção e controlo de infeção e as atitudes, entre as opiniões e as atitudes, entre os conhecimentos e as atitudes e entre os conhecimentos e as opiniões.

**Conclusões:** Os profissionais adotam atitudes adequadas e valorizam as medidas de prevenção e controlo de infeção por MMR demonstrando um nível de conhecimentos razoável, mas limitado, que pode contribuir para a baixa adesão às medidas de isolamento. Na comparação entre médicos e enfermeiros, os últimos apresentam atitudes e opiniões mais favoráveis. Não se observaram diferenças significativas quanto aos conhecimentos globais, observando-se diferenças para algumas das questões específicas. Há relação entre conhecimentos e atitudes e entre os conhecimentos e as opiniões, verificando-se que à medida que uns aumentam, aumentam os outros também.

**Palavras-chave:** Infeção; Cuidados Perioperatórios; Controlo de infeção; Microrganismos Multirresistentes; Profissionais de saúde; Enfermeiro perioperatório.

### **Referências bibliográficas**

Silva, C. (2017). Saberes e práticas dos profissionais do Bloco Operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes (Tese de mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Pedro, A.L., Sousa-Uva, A., Pina, E. (2014). Endemic methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Nurses' risk perceptions and attitudes. *American Journal of Infection Control*. 42,10,1118-20.

Peres, D., Pina, E., Cardoso, M.F. (2011). Methicillin-resistant *Staphylococcus Aureus* (MRSA) in a portuguese hospital and its risk perception by health care professionals. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19, 2, 132-139.

Valim, M.D. [et al.]. (2013). Instruments for evaluating compliance with infection control practices and factors that affect it: an integrative review. *Journal Of Clinical Nursing*. 23,1502-1519.

## **Doente em choque hemorrágico. E agora?**

**Autores:** Carlinda Maria Santos Rodrigues; Diana Cândido; Alexandra Fidalgo

**Introdução:** O choque hemorrágico é uma das principais causas de morte no trauma. A abordagem ao doente crítico exige por parte dos profissionais de saúde, um conhecimento contínuo e atualizado que vise minimizar possíveis complicações, potenciando desta forma a recuperação mais célere e eficaz do doente.

Após uma vasta pesquisa a estudos recentes, bem como a nossa experiência do dia-a-dia, constatou-se que existem opiniões divergentes, mas que cada vez mais apontam para a abordagem precoce da coagulopatia relacionada com o trauma, além do controle rápido da hemorragia e a hipotensão permissiva, como a conduta cada vez mais recomendada.

**Objetivo:** Dar a conhecer as estratégias atuais sobre a abordagem ao doente crítico em contexto de choque hemorrágico.

**Metodologia:** Recurso a referências bibliográficas e estudos, no âmbito da temática em questão.

**Resultados:** Estudos clínicos demonstram que a administração excessiva de fluidos e que o tempo operatório prolongado, estão relacionados com o aumento da hemorragia, complicações e morte.

**Conclusões:** Neste contexto, é esperado da equipa multidisciplinar, uma abordagem qualificada que saiba pôr em prática os 3 pilares da Ressuscitação com controle de danos (Damage Control Resuscitation), que assentam sobre a Transfusão sanguínea e uso de ácido tranexâmico, hipotensão permissiva e controle da hemorragia, com vista à redução de complicações e que têm vindo a demonstrar uma redução na taxa de mortalidade no pós-operatório imediato bem como na diminuição dos recursos materiais.

**Palavras-chave:** Hipotensão permissiva; Transfusão maciça; Controle da hemorragia

### **Referências bibliográficas**

[https://www.researchgate.net/publication/327452018\\_Damage\\_Control\\_Resuscitation](https://www.researchgate.net/publication/327452018_Damage_Control_Resuscitation).

Military Medicine (2018), nº183, setembro.

## **Promoção da autogestão do Regime Terapêutico da pessoa com doença cardiovascular: indicadores de qualidade da intervenção de enfermagem**

**Autores:** Clementina Fernandes Sousa; Olga Patrícia Rodrigues Gonçalves

**Introdução:** A literatura demonstra que as pessoas com doença cardiovascular beneficiam com a intervenção sistemática e contínua de enfermagem, de modo a gerir autónoma e eficazmente, o seu regime terapêutico. Neste contexto, desenvolveu-se um Procedimento de Enfermagem (PE) sustentado em *guidelines* nacionais e internacionais, em teorias de enfermagem (Meleis 2010; Orem, 2001) e em linguagem classificada de enfermagem (ICN, 2011).

Surge o conceito de indicador de qualidade, como algo que permite avaliar os resultados em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem.

**Objetivos:** Com base nesta fundamentação, propusemo-nos validar estratégias de implementação e instrumentos de avaliação do PE e criar indicadores de qualidade de cuidados com a sua implementação.

**Metodologia:** O estudo seguiu a Metodologia de Projeto (Diagnóstico de Situação, identificando necessidades e possibilidades de intervenção e Planeamento). No plano da ação constrói-se a versão inicial do PE, para a promoção da autogestão do regime terapêutico da pessoa com doença cardiovascular pela Avaliação Inicial, Focos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, Estratégias para a sua implementação e Instrumentos de avaliação. Submeteu-se ao julgamento de um painel de 15 peritos, pela técnica de Delphi.

**Resultados:** Dez estratégias para implementação do PE, envolvendo terapêuticas de enfermagem, como envolvimento de pessoas significativas, sessões interativas de partilha de experiências com pares, contactos telefónicos de *follow-up* periódicos, sistema automático de SMS, entre outras, obtiveram grau de Consenso Elevado ou Muito Elevado, na 1ª ronda, exceto uma, que obteve grau de Consenso Baixo/Moderado, que estando em alternativa com outro equivalente, foi automaticamente excluída.

Relativamente à Avaliação do PE, os instrumentos apresentados: Questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL – Brief) e avaliação da TA, P e peso/ IMC e Escala da dor, aos 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses, obtiveram grau de Consenso Elevado à 2ª ronda, mas o Perfil de Saúde de Nottingham, mesmo na 2ª ronda obteve o grau de Consenso Moderado/Baixo, pelo que foi excluído.

Para mensurar a qualidade da implementação do PE, criaram-se indicadores de estrutura, processo e de resultado, para a admissão, internamento e continuidade de cuidados, após evento cardiovascular súbito.

**Conclusões:** Acreditamos que com o uso sistematizado do PE, criam-se condições de disponibilização de dados para obter indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, em que a criação da Consulta de Enfermagem de *follow-up* potencializará a sua utilização e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Finalmente, como contributo para a prática, é propósito primordial que a implementação deste trabalho de projeto e avaliação dos seus resultados contribuam para melhorar a (re)orientação e sistematização da práxis dos enfermeiros nesta área de intervenção específica e evidenciar melhoria na qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos/benefícios na saúde e qualidade de vida das pessoas após doença cardiovascular.

**Palavras-chave:** Indicadores, Cuidados de enfermagem, Procedimento, Doença cardiovascular, Autocuidado, Gestão de regime terapêutico.

### **Referências bibliográficas**

Conselho Internacional de Enfermeiras (2011). CIPE. Versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



Quinto Grupo de Trabalho Conjunto da European of Cardiology e Outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica (2013). Recomendações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica. *Revista Portuguesa de Cardiologia.*, 32 (6): 553-777. Doi: 10.1093/eurheartj/ehr092

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.<sup>a</sup> Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

Orem, D. (2001) *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby, 2001.

## **Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major**

**Autores:** Maria Manuela Sá Vieira; Luís Carlos Carvalho da Graça; Maria Cândida Cracel Viana

**Introdução:** O desenvolvimento das úlceras por pressão (UPP), constitui um evento adverso indesejável e um desafio constante para os profissionais e instituições de saúde, sendo consideradas um indicador de qualidade dos cuidados e da segurança do doente. Os doentes submetidos a cirurgia major, dada a necessidade de permanecerem imobilizados longos períodos e na associação de múltiplos fatores, têm este risco aumentado.

**Objetivos:** O objetivo geral é analisar fatores associados à incidência de úlceras por pressão no bloco operatório, em doentes submetidos a cirurgia major num bloco operatório.

Como objetivos específicos definiu-se: descrever a incidência de úlcera por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major; avaliar a associação entre a incidência das úlceras por pressão e fatores de risco presentes no doente submetido a cirurgia major.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo de carácter epidemiológico, descritivo-correlacional e de corte transversal. Realizado num bloco operatório de um hospital central, numa amostra sequencial de 300 doentes adultos submetidos a cirurgia major programada, com tempo de previsto de cirurgia superior ou igual a 2 horas.

Utilizou-se um instrumento de colheita de dados tipo *checklist* criado para o efeito, tendo por base a revisão da literatura e a técnica da observação estruturada. Obteve-se um parecer favorável da Comissão de Ética, sendo assegurados os princípios éticos e legais na conduta da investigação.

**Resultados:** As idades dos doentes variaram entre os 18 e os 92 anos, com média  $56,8 \pm 16,60$  anos, predominando o sexo feminino (52,7%). Foram admitidos 62% no dia da cirurgia, e 78,7% apresentava comorbilidades. O risco de UPP no pré-operatório (escala de Braden) variou, entre 11 e 23, com média de  $21,11 \pm 2,0$ . A maioria foi submetida a anestesia geral (68%), sendo a duração entre 2 e 4 horas mais frequente, quer na duração da anestesia (55,3%), quer na cirurgia (41,3%). Permaneceram em decúbito dorsal 69%, possuindo 16% placas de gel e 70,3% mantas de aquecimento. A prevalência de UPP na admissão foi de 1,3% e à saída da cirurgia 2,7%. A incidência à saída da sala foi de 1,7% e após 24 horas 0,7%. Observou-se associação, estatisticamente significativa entre a presença de UPP e o tempo de internamento pré-operatório, o tempo de anestesia, o tempo de cirurgia, o tipo de dispositivos de posicionamento e as perdas hemorrágicas intraoperatório ( $p < 0,05$ ).

**Conclusões:** Com o estudo, verificou-se que os determinantes das UPP no peri operatório são multifatoriais, sendo fundamental um cuidar holístico. As intervenções de enfermagem, na prevenção das UPP no peri operatório, passam pela capacidade de liderança e tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar, baseada numa avaliação criteriosa e individualizada de cada doente, permitindo-lhe o máximo conforto, promovendo o seu bem-estar e segurança.

O estudo permitiu conhecer uma realidade pouco investigada em Portugal, e os resultados, ao permitirem identificar alguns determinantes das UPP, poderão contribuir a qualidade dos cuidados Peri operatórios.

Como conclusão do estudo salientamos a baixa incidência de UPP no peri operatório.

**Palavras-chave:** Úlcera por pressão; enfermagem peri operatória; cirurgia major

### **Referências bibliográficas:**

National pressure ulcer advisory panel; European pressure ulcer advisory panel and pan pacific pressure injury alliance (2014). Prevenção e Tratamento de úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. Retrieved from [http://www.gaif.net/sites/default/files/portuguese-quick\\_reference\\_guide-jan2015.pdf](http://www.gaif.net/sites/default/files/portuguese-quick_reference_guide-jan2015.pdf).

Vieira, M. M. S. (2017). Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Walton-Geer, P. S. (2009). Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. *AORN Journal*, 89(3), 538–552. doi:10.1016/j.aorn.2008.12.022

## **Desenvolvimento de um Procedimento de Enfermagem para Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular**

**Autores:** Olga Patrícia Rodrigues Gonçalves; Clementina Fernandes de Sousa

**Introdução:** O regime terapêutico da pessoa com doença cardiovascular assume-se complexo, implicando a adesão à gestão individual do mesmo, para que resultados em saúde sejam visíveis. O impacto da doença cardiovascular súbita gera ansiedade/angústia, pelo que o enfermeiro, nomeadamente, especialista em enfermagem médico-cirúrgica desempenha um papel preponderante. Neste contexto, o cuidado à pessoa com doença cardiovascular pressupõe intervenções planeadas, para dotá-la de competências na autogestão do regime terapêutico, de modo a evitar ao máximo possíveis limitações ou recorrência da doença

**Objetivo:** Desenvolver um procedimento de enfermagem para a promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular.

**Metodologia:** Este estudo sustentou-se na Metodologia de Projeto. Inicialmente, construiu-se uma versão inicial do Procedimento de Enfermagem (PE) apoiada em recomendações internacionais para a prevenção e gestão da doença cardiovascular, na teoria das Transições de Meleis, na do Autocuidado de Orem e na CIPE®. O PE estruturou-se em Avaliação Inicial, Focos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, sustentados nas dimensões: Consciencialização, Envolvimento, Conhecimento, Capacidade de gestão (Meleis, 2012), orientado para a admissão, internamento e follow-up. A segunda parte reportou-se à obtenção de versão de consenso por painel de peritos, pela técnica de Delphi.

**Resultados:** Partindo de um diagnóstico de situação sustentado na experiência pessoal, colaboração de orientador e perito estratégico, observações e entrevistas exploratórias, questionários registos informáticos e análise SWOT, foi definido um plano de ação. Deste plano surge como atividade, a criação e validação do PE, junto de um painel de peritos, através da técnica de Delphi. A versão inicial do PE apresentada ao painel de peritos (15) era constituída por 123 itens, sendo utilizado o tratamento estatístico descritivo para determinação do consenso proposto por Capelas (2013) que se baseia no grau de concordância, na mediana e no intervalo interquartil. Foram necessárias duas rondas para a obtenção da versão de consenso do PE, sendo que apenas transitaram para segunda ronda as questões que não obtiveram o consenso estipulado. Foram excluídas as questões que tiveram consenso mais baixo em detrimento das suas alternativas equivalentes.

**Conclusões:** Da versão de consenso resultaram 119 itens distribuídos pela Avaliação Inicial, Focos de atenção clínica, Intervenções e Resultados de Enfermagem. Espera-se que a implementação do procedimento de enfermagem em contexto clínico e a criação de indicadores de qualidade contribua para a melhoria contínua dos cuidados, da saúde e do bem-estar das pessoas com doença cardiovascular.

**Palavras-chave:** Procedimento, Cuidados de enfermagem, Doença cardiovascular, Autocuidado, Transições, Gestão de regime terapêutico

### **Referências bibliográficas:**

Capelas, M. (2014). Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa Editora.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2011). CIPE. Versão 2 : classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Meleis, A. (2012). Theoretical Nursing: development and progress. (5.<sup>a</sup> Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

Quinto Grupo de Trabalho Conjunto da European of Cardiology e Outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica (2013). Recomendações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica. Revista Portuguesa de Cardiologia., 32 (6): 553-777. Doi:10.1093/eurheartj/ehr092

## PÓSTERES

### Capnografia – uma aposta na monitorização da pessoa em situação crítica

**Autores:** Maria Albertina Marques; Adriana Marques; Francisco Costa; Reinaldo Maciel; Vítor Rocha; Arminda Vieira

**Introdução:** A pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência, de funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010). Numerosos equipamentos e métodos têm sido desenvolvidos para avaliar quantitativamente e qualitativamente os parâmetros fisiológicos/vitais, nomeadamente a função respiratória. Assim, a capnografia, representação gráfica da medida de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) expirado é referida atualmente como um excelente método de monitorização ventilatória.

**Objetivo:** Alertar para a utilidade e importância/ganhos da capnografia na monitorização da pessoa em situação crítica.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica e webliográfica estruturada aprofundada, na literatura impressa e através do motor de busca Google Scholar e bases de dados EBSCOhost, PubMed, identificando artigos e capítulos sobre a capnografia.

**Resultados:** Monitorizar a ventilação é fundamental no cuidado à pessoa em situação crítica, percebamos porquê. A principal função dos pulmões é oxigenar o sangue e eliminar do CO<sub>2</sub> resultante do catabolismo celular. No ar expirado, a capnografia mostra a quantidade de CO<sub>2</sub> expelido do pulmão, o que de forma indireta reflete a produção de CO<sub>2</sub> tecidual e o seu transporte através do sistema circulatório para os pulmões. Assim, permite detetar alterações da ventilação, perfusão e metabolismo e, segundo as evidências, de forma mais rápida do que qualquer outro método de avaliação disponível atualmente.

Várias vantagens lhe são reconhecidas, designadamente: ser indicador da função ventilatória em tempo real; possibilita a deteção de episódios de depressão respiratória precocemente, é um método não invasivo e rápido cuja utilização e respetivos resultados não são influenciáveis pela temperatura, nem espessura da pele, como noutros equipamentos, pelo que a capnografia pode ser usada em qualquer circunstância, fator relevante no cuidado à pessoa em situação crítica.

**Conclusões:** As mais-valias da utilização da capnografia, relativamente a outros métodos de monitorização ventilatória, são significativas. Assim parece fundamental que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, tendo como competência a sustentação da prática clínica em evidência científica, deve não só atuar como dinamizar a incorporação do conhecimento mais atual nos contextos das práticas, visando ganhos em saúde (Portugal, 2019). Neste sentido, reconhecer a integração deste método de monitorização na sua intervenção, de recuperação e manutenção das funções vitais, garante à pessoa em situação crítica cuidados mais eficientes e de melhor qualidade.

**Palavras-chave:** Capnografia; Intervenção de enfermagem

#### Referências bibliográficas:

Cereceda-Sánchez, F. J., & Molina-Mula, J. (2017). Capnography as a tool to detect metabolic changes in patients cared for in the emergency setting. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). doi:10.1590/1518-8345.1756.2885

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Proposta apresentada ao Conselho Diretivo, após aprovação na Assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25-9-2010. Lisboa: OE.

Regulamento nº. 140/2019 de 06-02-2019, Diário da Republica, 2ª série. Nº26 (2019)

## **Contributos da metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem seguros do contexto extra para intra-hospitalar**

**Autores:** José Raul Marques; Elisa Freire; Eunice Lopes; Margarita Torre; Sílvia Henriques

**Introdução:** Os erros na comunicação são a principal causa de eventos adversos na saúde. 70% ocorrem na de transição de cuidados entre os profissionais. (DGS, 2017)

A transição de cuidados ocorre quando existe transferência de responsabilidade entre profissionais e objetivam a garantia da sua melhor continuidade e segurança para o utente. A admissão da pessoa em situação crítica ao meio intra-hospitalar é um momento chave nesta transição e a existência de falhas acarreta riscos elevados e suplementares para a vítima.

**Objetivos:** Rever a importância do uso da metodologia ISBAR na transição de cuidados e a sua aplicabilidade do Extra para o Intra-hospitalar.

**Metodologia:** Efetuou-se uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de analisar os contributos de segurança e sistematização da metodologia ISBAR na transição dos cuidados de enfermagem extra-hospitalar para o contexto intra-hospitalar, já por si prevista em norma da DGS.

**Resultados:** Segundo a DGS (2017) as falhas de comunicação são um evento frequente na transição de cuidados e trazem riscos para o doente. Estas constituem uma das principais causas de eventos adversos a nível internacional. A inexistência de metodologia de comunicação estandardizada, bem como "...omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de prioridades das atividades" são algumas das falhas de comunicação identificadas, relacionadas com o processo de transição de cuidados.

Colvin, Eisen, & Gong (2016), apontam como principais lacunas as informações incompletas, imprecisas, conflitantes ou irrelevantes, assim como a omissão de informações quando a transição dos cuidados não é efetuada cara a cara entre enfermeiros.

Lee et [al] (2016) referem que a comunicação realizada nas passagens de turno vai afetar não só os turnos seguintes, como as seguintes passagens de turno, pelo que a informação deverá ser transmitida de uma forma clara, estruturada e objetiva.

A mnemónica ISBAR é definida pela DGS como "a ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados" (p. 4, 2017). O uso desta metodologia veicula uma melhor memorização dos profissionais acerca da história do doente, podendo assim projetarem-se melhores os cuidados ao doente. Finalmente este método promove ainda o pensamento crítico dos profissionais envolvidos, o rápido processo de tomada de decisão, a diminuição do tempo gasto na transição de cuidados, diminuindo o risco de erros causados por más ou deficientes comunicações.

**Conclusões:** A incidência de eventos adversos resultantes de comunicação ineficaz entre profissionais tem consequências nefastas para a segurança do doente. É pertinente implementar um modelo sistematizado para uniformização da comunicação.

No doente crítico assume mais importância, por passarem em várias equipas, tornando-se primordial a simbiose na comunicação entre todos. A transmissão de informações pretende-se isenta de erros, prevenindo riscos associados e melhorando a compreensão global.

A metodologia ISBAR prova, em vários estudos, contribuir para melhoria da segurança do doente. Caracteriza-se por facilita comunicação simples, objetiva e eficaz. Promove a passagem de informação numa sequência lógica, organizada e melhora os aspetos relacionais.

É de extrema importância a sua adoção ao contexto indicado.

**Palavras-chave:** ISBAR; Extra-hospitalar; Pré-hospitalar; Comunicação entre profissionais; Segurança do doente; Cuidados de Enfermagem.

**Referências bibliográficas:**

Colvin, M., Eisen, L., & Gong, M. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit: Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 37(01), 096–106. doi:10.1055/s-0035-1570351

Lee, S.-H., Phan, P. H., Dorman, T., Weaver, S. J., & Pronovost, P. J. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 16(1). doi:10.1186/s12913-016-1502-7

Portugal. Direção Geral da Saude (2017). Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: DGS

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer nº 61/2017: Atribuição de tempo para a passagem de turno. Lisboa: OE.

## **Um olhar bioético sobre a doação e transplantação de órgãos humanos**

**Autores:** Maria Albertina Marques; Arminda Vieira

**Introdução:** Atualmente a transplantação de órgãos é cada vez mais uma opção terapêutica capaz de prolongar a vida de pessoas sem outro tratamento de recurso. A grande evolução tecnológica da medicina de transplantação suscita, contudo, um repensar sobre, questões existenciais, como a vida e morte, que lhe estão associadas, desencadeando uma constante reflexão ética/deontológica dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em enfermagem-médico-cirúrgica. Assim, esta pesquisa pretende revisitar aspetos bioéticos da doação *post mortem* e transplantação de órgãos em Portugal.

**Objetivo:** Contribuir para a reflexão bioética das questões presentes na doação *post mortem* e transplantação de órgãos humanos em Portugal.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica e webliográfica estruturada aprofundada sobre a temática, na literatura impressa e através do motor de busca Google Scholar e bases de dados EBSCOhost, PubMed.

**Resultados:** Para o desenvolvimento da modalidade terapêutica de transplantação, é necessária a recolha de órgãos. Uma das formas de obtenção de órgãos realiza-se através da doação *post mortem*, ou seja, de doadores humanos sem vida. Porém, este cenário remete-nos de imediato para a reflexão sobre questões relacionadas com os valores morais da vida e da dignidade humana versando diversos conflitos de interesses que permeiam este processo (profissional de saúde, doador, recetor).

A bioética, ramo da ética que se dedica ao âmbito das ciências da vida e dos cuidados da saúde, vem coadjuvar a formalização dos princípios que orientam a correta conduta humana/profissional pelo respeito à vida relativamente à dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais, vertidos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2006), designadamente os princípios da dignidade da pessoa humana, da autonomia, da justiça, da não discriminação, da vulnerabilidade, da beneficência e da não-maleficência, e assim auxiliar a dissolução dos dilemas ético-morais.

**Conclusões:** Percebemos que a transplantação é, para muitos doentes, sinónimo de melhor qualidade de vida, maior sobrevida. A luz do exposto, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica imbuído da competência de garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, deve demonstrar conhecimentos e habilidades capazes de intervir em situações de potencial doação de órgãos (Regulamento n.º 429/2018), sendo desafiado a pensar e recentrar constante as obrigações profissionais e morais quanto à satisfação das necessidades da pessoa no processo terapêutico de doação/transplantação de órgãos humanos, contribuindo assim para a preservação dignidade da vida humana.

**Palavras-chave:** Doação de órgãos; transplantação; princípios bioéticos

### **Referências bibliográficas:**

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Lisboa: UNESCO

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018, Diário da República, 2.ª série, N.º 135, p.19359-19367



## Resumo de Comunicação em Workshop

## **Doação e transplante de órgãos**

**Palestrantes:** Alda Valença<sup>1</sup>; Mónica Magalhães<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médica da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

<sup>2</sup>Enfermeira da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A Doação de Órgãos é considerado o ato de maior bondade de um ser humano.

Apesar de todos os avanços da Medicina no tratamento das doenças, milhares de pessoas, morrem quando a função dum órgão termina. Desta realidade, surgiu a necessidade da transplantação para tratar estes doentes. Mas, apesar de todos os esforços realizados ainda continuam a morrer milhares de pessoas inscritos em lista de espera para receber um órgão.

Face a este quadro, em Portugal somos todos potenciais dadores, desde que não inscritos no RENDA. Esta lei (Lei 12/93 de 22 de abril) aplica-se a todos os cidadãos nacionais e a apátridas e estrangeiros residentes em Portugal.

Vamos abordar, apenas, o dador em morte cerebral.

Após a deteção de um possível dador, este é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). Neste serviço, vamos fazer uma avaliação clínica criteriosa e exaustiva, que vai desde a história clínica detalhada, à abordagem da família, e exames auxiliares de diagnóstico, tanto laboratoriais como imagiológicos e endoscópicos.

Vamos passar em revista os exames necessários para as doações de rins, fígado coração e pulmão. Não nos podemos esquecer que nem todos os possíveis dadores poderão de facto doar os seus órgãos, pelo que também abordaremos os critérios de exclusão de doação.

Falaremos das provas de morte cerebral e de apneia, apoiadas por pequenos vídeos exemplificativos.

Após a realização das provas, duas intervaladas no mínimo de 2 horas, é declarada a morte do dador. Quando a primeira prova é concordante com morte cerebral, contactam-se o Centro Coordenador Regional De Doação e Transplantação (Hospital de S. João), o Bloco operatório da ULSAM e a família, que procuramos que acompanhe todo o desenrolar do processo.

A segunda prova positiva é a data e hora do óbito.

Se a primeira prova não corroborar a morte cerebral temos que aguardar e manter o dador em condições ótimas, até termos condições para voltar a realizar de novo as provas.

Depois de declarada a morte do dador, este é mantido em condições ideais, de forma a garantir a qualidade de vida dos órgãos e do recetor, enquanto aguardamos a chegada das equipas de colheita. Estas trazem todo o material necessário para a colheita e conservação dos órgãos colhidos.

Relativamente à Doação de Órgãos na ULSAM, o protocolo para centro de colheita foi celebrado em 2001. A primeira colheita realizou-se em 2005. A proveniência dos dadores é, sobretudo, da Sala de Emergência. Desde então Viana do Castelo, contribui com 1 a 3 dadores por ano, em média. No entanto, há anos, em que ultrapassamos esses valores, sobretudo a partir de 2015.