



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# Intervenção do enfermeiro no processo de deteção e manutenção do potencial dador

Gilberto Luis Alves Ferreira

Junho, 2023

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

**Gilberto Luís Alves Ferreira**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

# **Intervenção do enfermeiro no processo de deteção e manutenção do potencial dador**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob orientação de:

Professora Mara Rocha

Junho de 2023

## **AGRADECIMENTOS**

Obrigado a todos sem exceção... Todos os que me apoiaram desde o primeiro ao último segundo desta fase.

## **PENSAMENTO**

A ética é estar à altura daquilo que nos acontece...

(Gilles Deleuze)

## RESUMO

O relatório que se apresenta foi desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O estágio decorreu em dois hospitais centrais da região norte, concretamente, na Equipa Hospitalar de Doação e Colheita de Órgãos e Tecidos e no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Braga e no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, no período compreendido entre 3 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023.

Através das atividades desenvolvidas ao longo deste estágio nos diferentes locais foi possível desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, designadamente, as Competências Comuns, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; e as Competências Específicas no âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; e na maximização da prevenção, intervenção e controlo de infeção.

Nos últimos anos, a doação e transplantação de órgãos e tecidos tem sofrido uma enorme evolução em termos de conhecimento e tecnologia associada. Com o aumento de patologias conducentes a maior morbilidade e mortalidade e com o envelhecimento populacional, impõe-se a realização de um trabalho mais ativo e eficaz na procura pela otimização do processo de doação e transplantação de órgãos e tecidos. Neste sentido, pretende-se contribuir para a otimização do processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos de forma a dar resposta às necessidades a nível local, nacional e internacional no âmbito da transplantação de órgãos.

Desta forma e como parte essencial do trajeto percorrido ao longo do estágio, foi realizado um estudo de investigação sobre a “Intervenção do enfermeiro no processo de deteção e manutenção do potencial dador” resultante de uma preocupação pessoal com a melhoria dos cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos e tecidos e família.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, cujo objetivo principal foi conhecer as práticas dos enfermeiros no processo de deteção e manutenção do potencial dador. Para tal, recorremos à entrevista semiestruturada a dez enfermeiros especialistas dos serviços de Urgência e Medicina Intensiva do hospital de Braga cuja análise de conteúdo foi realizada segundo o referencial de Bardin (2022).

Deste estudo emergem as seguintes conclusões: a intervenção do enfermeiro no processo de manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos e o apoio à sua família

deve ser potenciada; a existência de fatores que interferem na intervenção do enfermeiro neste processo, designadamente, a falta de conhecimentos e de experiência nesta área, a falta de comunicação interdisciplinar e a escassez de equipamentos com reflexo na monitorização destes doentes; as necessidades formativas dos enfermeiros para intervir junto dos potenciais dadores e suas famílias, nomeadamente sobre critérios de inclusão e exclusão de possíveis dadores. Registam-se, ainda, as estratégias apontadas pelos enfermeiros com vista à otimização dos processos de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos, nomeadamente: formação contínua na área; o reforço da comunicação na equipa multidisciplinar; a dinamização da equipa hospitalar coordenadora da colheita e transplantação; a promoção do envolvimento da família; e criação de um guia orientador da prática de cuidados de enfermagem.

Esta oportunidade de aprofundamento de conhecimentos e análise crítico-reflexiva em contexto de estágio e trabalho de investigação foram essenciais para o desenvolvimento de competências como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

**Palavras-chave:** Doador de órgãos; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Enfermagem; Cuidados Intensivos; Serviço de Urgência.

## **ABSTRACT**

This report was developed within the scope of the professional internship of the Master's degree in Medical-surgical Nursing of the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. This internship occurred in two central hospitals in the North of Portugal, specifically in the donation and transplant team and the critical care department of the Hospital de Braga, and the organ donation and transplant coordination of the Centro Hospitalar Universitário de Santo António in the period between the third of October of 2022 and thirty first of March of 2023.

Trough the activities developed in this internship it was possible to develop the competencies of the specialist nurse in Medical-surgical Nursing, specifically the Common Competencies, in the professional responsibility, ethical and legal, continuous quality improvement, care management and the professional learning and development; and the Specific Competencies in the critically ill and family care within the complex disease and organic failure transition, and the prevention and intervention in infection control

Lately, organ procurement and transplantation have had great developments. This has been mandated by a gradual increase in pathologies that conduct to morbidity and mortality and the aging of the population. Therefore, it has become of essence the development of an active role in organ procurement with more efficiency and efficacy, promoting an optimization on the donation and transplantation process. In this sense we aim to contribute towards the optimization of the organ and tissue procurement process, contributing towards the national and international needs within the area of the organ transplantation.

As an essential part of this pathway an investigative study was developed within the theme of the nurse's intervention on organ procurement process, as the result of an emerging personal interest in the improvement of the Nursing care provided in this process that involves the potential organ and tissue donor and family.

It is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach that had as its main objective to know the practices of nurses within the processes of detection and maintenance of the potential organ donor.

For this we resorted to the use of a semi-structured interview done to ten specialist nurses from the Emergency department and the Critical Care Unit of the Hospital de Braga, analyzing the content according to Bardin's referential (2022).

Of the results obtained with this study emerge the following conclusions: the nurse's intervention on the maintenance of the organ donor and family support must be potentiated; intervenient factors such as lack of knowledge, experience, lack of interdisciplinary communication and resources; educational intervention within the

nursing team in order to facilitate their interaction with the donor and family, donor criteria for admission and exclusion. Some strategies were pointed by the interviewed nurses to improve the organ procurement process, such as, continuous education sessions; reinforced communication within the multidisciplinary team, a more dynamic approach by the organ procurement team; involve more the families in the process; and creating a guide for the nursing practice within this area.

This opportunity to develop the knowledge with a critical-reflexive approach in the context of an internship and investigative work was of essence for the development necessary competencies and knowledge for the role of a Nurse Specialist in Medical-surgical Nursing.

**Keywords:** Organ donor; Tissue and Organ Procurement; Nursing; Critical Care; Emergency Department.

## **SIGLAS**

ASST - Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação

CHD - Coordenador Hospitalar de Doação

CHUSA - Centro Hospitalar Universitário de Santo António

CPLEMC - Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica

EEMC - Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica

EHDCOT - Equipa Hospitalar de Doação e Colheita de Órgãos e tecidos

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESS - Escola Superior de Saúde

FCG - Fundação Calouste Gulbenkian

GCCT - Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

HB - Hospital de Braga

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.

IHI - Institute for Healthcare Improvement

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PPCIRA - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

RPT - Registo Português de Transplantação

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPICI-F - Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos na Família

## ÍNDICE

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO.....                                                                                                                                                                                                                                                       | 13 |
| PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DAS ATIVIDADES<br>REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....                                                                                                                                                           | 15 |
| 1. A OPÇÃO PELOS TRÊS LOCAIS DE ESTÁGIO .....                                                                                                                                                                                                                         | 16 |
| 2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO .....                                                                                                                                                                                                                      | 17 |
| 3. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS: UM<br>PERCURSO DE APRENDIZAGENS .....                                                                                                                                                                          | 20 |
| 3.1. NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS.....                                                                                                                                                                                                                           | 21 |
| 3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....                                                                                                                                                                                                  | 22 |
| 3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....                                                                                                                                                                                                                 | 25 |
| 3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....                                                                                                                                                                                                                           | 28 |
| 3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....                                                                                                                                                                                                | 32 |
| 3.2. NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....                                                                                                                                                                                                                      | 34 |
| 3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de<br>doença crítica e ou falência orgânica .....                                                                                                                                            | 34 |
| 3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da<br>conceção à ação .....                                                                                                                                                              | 47 |
| 3.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência<br>a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica,<br>face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e<br>adequadas..... | 49 |
| PARTE II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO<br>PROCESSO DE DETEÇÃO E MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR .....                                                                                                                                          | 53 |
| 1. EVOLUÇÃO DA TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL .....                                                                                                                                                                                                                       | 54 |
| 2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DETEÇÃO E<br>MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR.....                                                                                                                                                                           | 57 |
| 2.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA DO POTENCIAL DADOR.....                                                                                                                                                                                                                        | 57 |
| 2.2. A FAMÍLIA COMO INTERVENIENTE NO PROCESSO.....                                                                                                                                                                                                                    | 58 |
| 2.3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO .....                                                                                                                                                                                                                                  | 59 |
| 3. PERCURSO METODOLÓGICO .....                                                                                                                                                                                                                                        | 60 |
| 3.1. PROBLEMÁTICA E OS OBJETIVOS DO ESTUDO .....                                                                                                                                                                                                                      | 60 |

|                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.2. TIPO DE ESTUDO .....                                                                                                                             | 61  |
| 3.3. CONTEXTO E PARTICIPANTES NO ESTUDO.....                                                                                                          | 62  |
| 3.4. RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS.....                                                                                                                  | 63  |
| 3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....                                                                                                                       | 64  |
| 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....                                                                                              | 66  |
| 4.1. INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE<br>MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS.....                               | 68  |
| 4.2. FATORES QUE INTERFEREM NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO<br>PROCESSO DE DETECÇÃO E/OU MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE<br>ÓRGÃOS E TECIDOS.....    | 71  |
| 4.3. NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS PARA INTERVIR NO<br>PROCESSO DE DETECÇÃO E/ OU MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE<br>ÓRGÃOS E TECIDOS..... | 79  |
| 4.4. ESTRATÉGIAS DE OTIMIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE DETECÇÃO E/OU<br>MANUTENÇÃO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS. ....                                 | 81  |
| CONCLUSÃO .....                                                                                                                                       | 86  |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                                                                                            | 90  |
| BIBLIOGRAFIA.....                                                                                                                                     | 94  |
| ANEXOS .....                                                                                                                                          | 103 |
| ANEXO A – Certificados de Participação no 4º Congresso Internacional IACS .....                                                                       | 104 |
| ANEXO B – Certificados de Participação no VII Seminário de Enfermagem em<br>Transplantação de Órgão.....                                              | 106 |
| ANEXO C – Certificados de participação em Jornadas Nacionais de Doação de Órgãos                                                                      | 108 |
| ANEXO D – Parecer da Comissão de Ética .....                                                                                                          | 111 |
| APÊNDICES .....                                                                                                                                       | 114 |
| APÊNDICE A – Documentos de Composição de Sacos de Transporte Intra e Extra-<br>hospitalar e folha de monitorização e registo de eventos .....         | 115 |
| APÊNDICE B – Formação de Detecção e Manutenção do Potencial dador de Órgãos e<br>Tecidos .....                                                        | 120 |
| APÊNDICE C – Guião de entrevista.....                                                                                                                 | 143 |

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| APENDICE D – Matriz de redução de dados das entrevistas..... | 146 |
|--------------------------------------------------------------|-----|

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Desenvolvimento do estágio nos diferentes contextos e dadores efetivos no decorrer do estágio.....                                                     | 16 |
| Figura 2 – Sequencia de eventos para a doação por critérios neurológicos adaptada de (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022) ..... | 37 |
| Figura 3 - Ciclo vital na doação adaptado de Manyalich (1999) .....                                                                                               | 46 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1- Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....                                                                                           | 66 |
| Quadro 2 - Detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos - intervenção do enfermeiro.....                                                               | 67 |
| Quadro 3 - Intervenções realizadas pelos enfermeiros no processo de manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos. ....                                               | 68 |
| Quadro 4 - Fatores que interferem na intervenção do enfermeiro no processo de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos – Fatores limitadores ..... | 72 |
| Quadro 5 - Fatores que interferem na intervenção do enfermeiro no processo de detecção e/ ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos – Fatores favorecedores..  | 77 |
| Quadro 6 - Necessidades formativas dos enfermeiros para intervir no processo de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.....                      | 80 |
| Quadro 7 - Estratégias de otimização dos processos de detecção e/ou manutenção potencial dador de órgãos e tecidos. ....                                                  | 81 |

## INTRODUÇÃO

O caminho para a competência como enfermeiro especialista exige a capacidade de adaptar a resposta nas diferentes situações encontradas durante o exercício profissional, desde o planeamento até à execução e avaliação dos cuidados. Assim, de forma a fomentar a aprendizagem em termos de conhecimentos e competências, no Estágio de Natureza Profissional (ENP), teoria e prática articulam-se numa relação dinâmica de apropriação de saberes teóricos e práticos.

Neste sentido, o presente relatório foi elaborado no âmbito do ENP que integra o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC).

O ENP foi assim realizado no contexto da Equipa Hospitalar de Doação e Colheita de Órgãos e Tecidos (EHDCOT) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital de Braga (HB) e no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUSA), no período compreendido entre 3 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023.

O ENP visa o desenvolvimento das competências previstas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), bem como as inerentes à aquisição do grau de mestre. Este relatório tem como objetivo apresentar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas em contexto de ENP tendo como referência os objetivos propostos no respetivo protocolo de estágio.

A escolha dos referidos contextos de estágio teve por base os objetivos preconizados para o ENP, bem como, o interesse pessoal pela área da doação e transplantação de órgãos e tecidos, e o potencial de melhoria da qualidade de vida dos doentes recetores de órgãos e suas famílias, numa sociedade em que o aumento da esperança de vida, está associado também ao acréscimo de patologias conducentes a morbilidade e mortalidade elevadas.

Ao longo deste estágio foi realizado um conjunto de atividades no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família, com o objetivo de desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área, bem como as competências preconizadas para o grau de mestre.

Neste sentido, foi também realizado um estudo de investigação, cujo objetivo geral foi conhecer as práticas dos enfermeiros no processo de detecção e manutenção do potencial dador.

O relatório encontra-se, assim, dividido em duas partes. Na primeira parte, é efetuada a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e do percurso realizado ao longo do ENP que conduziram à aquisição das competências referidas. A segunda parte contempla o estudo de investigação, com o enquadramento teórico da temática em estudo, a descrição da metodologia adotada, bem como, a apresentação e discussão dos resultados obtidos, finalizando com as principais conclusões do estudo. O relatório termina com as considerações finais, onde se realiza uma síntese de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, especificamente no que se refere à aquisição de competências, potenciais dificuldades e estratégias adaptativas tendo em vista o cumprimento dos objetivos propostos.

**PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DAS ATIVIDADES  
REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.**

## 1. A OPÇÃO PELOS TRÊS LOCAIS DE ESTÁGIO

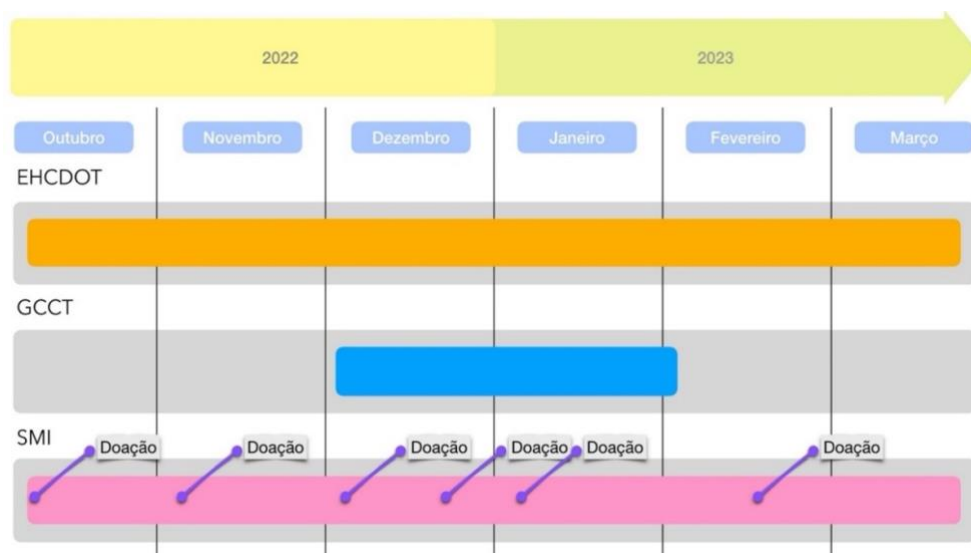
No caso do presente estágio, importa justificar a opção pela sua realização em dois hospitais centrais e três contextos clínicos, cuja caracterização será efetuada mais à frente. Esta opção residiu, desde logo, no interesse pessoal em desenvolver conhecimentos e competências para a prestação de cuidados ao possível<sup>1</sup> e ao potencial<sup>2</sup> dador de órgãos e tecidos e família e perceber a gestão do processo inerente à doação e transplantação de órgãos e tecidos.

Neste sentido, a concretização deste estágio nos contextos clínicos efetivou-se de forma sequencial tendo em conta os objetivos definidos (figura 1), procurando compreender a intervenção do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos, de que forma pode contribuir para otimizar a quantidade e qualidade de órgãos disponíveis e para apoiar a família neste processo de luto.

Iniciámos o estágio junto da EHDCOT do HB, em simultâneo, com o acompanhamento e prestação de cuidados ao potencial dador e família no SMI do mesmo hospital.

Posteriormente, passámos ao acompanhamento do trabalho executado pelo GCCT do CHUSA, de igual forma, em simultâneo, com a prestação de cuidados ao potencial dador e família no SMI, como forma de continuar a desenvolver o conjunto de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

**Figura 1** - Desenvolvimento do estágio nos diferentes contextos e dadores efetivos no decorrer do estágio.



<sup>1</sup> Possível dador refere-se ao indivíduo que sofreu uma lesão cerebral irreversível e que é aparentemente elegível para doação de órgãos e tecidos (Belmonte *et al.*, 2020).

<sup>2</sup> Potencial dador refere-se ao indivíduo que preenche os requisitos para o diagnóstico de morte cerebral (*ibidem*).

## 2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Baseados na necessidade de acompanhamento do possível e do potencial dador ao longo de todo o processo, desde a fase de deteção até à fase do pós-doação, e justificada a opção pelos locais de estágio, passamos à sua caracterização.

- **Equipa Hospitalar de Doação e Colheita de Órgãos e Tecidos:**

De acordo com a Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, o coordenador hospitalar de doação é responsável pela: identificação de possíveis e potenciais dadores; obtenção de informação e história clínica necessária para uma avaliação adequada; manutenção de qualidade, segurança e transparência nos procedimentos; comunicação com a família; contacto com o GCCT para otimizar o processo de coordenação e apoio; realização dos registos necessários e definidos pela Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST); promoção e divulgação da atividade de colheita e transplantação; discussão junto do GCCT dos resultados obtidos e ações de otimização executadas; elaboração de pareceres sobre atividades que possam influenciar o funcionamento da atividade de colheita e doação; elaboração anual de um relatório da atividade desenvolvida, apresentando o mesmo ao conselho de administração do respetivo hospital e à ASST.

Para o desempenho da sua atividade, o respetivo hospital deverá dotar este coordenador hospitalar de doação, dos meios e instrumentos necessários para o desempenho da sua atividade, mantendo uma atitude recetiva sobre a sua opinião em atividades que possam influenciar o processo de doação, colheita e transplantação, e avaliar e acompanhar a execução do plano de atividades.

De acordo com o European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, (2022), a presença do coordenador hospitalar de doação está identificada como um dos passos mais importantes para a doação. Quer seja pelo suporte às equipas que fazem a manutenção de possíveis e potenciais dadores, quer pela procura ativa, passando também pela influência a nível organizacional no estabelecimento de estratégias de otimização do processo.

No caso do HB, o trabalho realizado pelo coordenador hospitalar de doação é acompanhado por uma equipa multidisciplinar constituída por dois médicos e dois enfermeiros.

Esta multidisciplinaridade traz vantagens no potencial de procura ativa, deteção de lacunas em conhecimentos e melhorias a implementar (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022) e facilita também a comunicação entre

equipas, pela relação de proximidade e melhor entendimento daqueles que são os fatores que influenciam a prática dos seus pares.

A partir dos hospitais dadores, como no caso do HB, os coordenadores hospitalares de doação identificam os possíveis dadores de órgãos e tecidos, referenciam-nos ao gabinete coordenador respetivo, e é desencadeado, assim, um processo de avaliação de parâmetros laboratoriais para garantia da qualidade e segurança dos órgãos e tecidos a transplantar. Esta referenciação é concretizada, atualmente, através do Registo Português de Transplantação (RPT), plataforma de registo e interação de toda a transplantação, facilitadora da procura de um par dador-recetor e promotora da qualidade do serviço prestado à população. Após o processo de diagnóstico de morte cerebral (caso se confirme), estes possíveis dadores convertem-se em potenciais dadores por critérios neurológicos.

A experiência neste contexto está relacionada com a oportunidade de compreender melhor o processo de doação e transplantação de órgãos e a necessária articulação entre os vários serviços envolvidos.

- **Serviço de Medicina Intensiva:**

No caso do potencial dador de órgãos e tecidos, o SMI é o local por excelência onde são prestados os cuidados de manutenção.

Após a deteção de um possível dador deve ser iniciada logo que possível uma ventilação eletiva não terapêutica (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022) - em geral, cuidados de terapia intensiva de forma eletiva e sem fim terapêutico, mas com o objetivo de preservação de órgãos e tecidos para posterior transplantação.

O HB apresenta um SMI, subdividido em duas unidades, o SMI 1 com 14 camas para doentes de nível III e o SMI 2 com 18 camas para doentes de nível II. O SMI é composto por 84 enfermeiros, 19 médicos e 29 assistentes operacionais.

Neste estágio, o foco dos cuidados prestados decorreu no SMI 1 dado ser a unidade preferencial para admissão de doentes nível III<sup>3</sup> ou seja, onde são admitidos os doentes possíveis dadores que se poderão converter em potenciais dadores de órgãos e tecidos.

---

<sup>3</sup> Doentes com necessidade de camas de nível III – doentes com duas ou mais disfunções orgânicas vitais levando a suporte orgânico das mesmas, conduzindo assim a um potencial elevado de risco de morte, como referido no documento de Rede de Referenciação de Medicina Intensiva (Portugal, 2017).

A realização do estágio neste contexto, decorreu da necessidade de adquirir conhecimentos e aprofundar competências na prestação de cuidados a este tipo de doentes e suas famílias.

- **Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação:**

Os GCCT são estruturas autónomas que mantêm na sua composição equipas pluridisciplinares que contribuem para o processo de colheita de órgãos e tecidos; funcionam de forma permanente e sob a coordenação de um diretor, e são dotados de uma disponibilidade e comunicação permanente com os hospitais dadores de forma a coordenar a atividade de colheita, transporte e doação dos órgãos e tecidos (Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio).

Estes serviços coordenam as atividades de transplantação de órgãos e tecidos em todo o tipo de instituições (públicas ou privadas) numa área de referência que é definida pela ASST. Têm também a responsabilidade de coordenar e articular com os Coordenadores Hospitalares de Doação, centros de histocompatibilidade, bem como, consultar o RENNDA de forma a proceder às autorizações necessárias para colheita dos órgãos e tecidos (mediante a não existência de oposição/restricção descritas no RENNDA).

Os GCCT têm também a função de avaliar os possíveis e potenciais dadores em sinergia com os coordenadores hospitalares de doação, e utilizando a melhor evidência científica expandem o número de órgãos disponíveis para transplantação. Este último facilitado também pelas ações desenvolvidas nos seus hospitais de influência e na sua instituição.

É também importante evidenciar a importância do GCCT no processo de garantia de qualidade, segurança e transparência nos processos de colheita e transplantação, garantindo assim a existência de um maior número de órgãos colhidos e transplantados, e também a sua qualidade.

O GCCT do CHUSA é constituído por 4 enfermeiros e 1 médico na sua equipa nuclear, sendo a gestão da equipa alocada a um dos enfermeiros. A coordenação diária de operações está distribuída pelos diferentes elementos através de uma escala rotativa.

Dadas as funções exercidas pela equipa do GCCT, consideramos que seria essencial a passagem por este contexto de forma a adquirir competências na área da coordenação de colheita e transplante de órgãos, bem como na gestão de cuidados e de equipas intervenientes no processo.

### **3. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS: UM PERCURSO DE APRENDIZAGENS**

A construção do conhecimento e competências neste ENP têm como finalidade a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem e a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a atribuir pela Ordem dos Enfermeiros.

Neste contexto, pretende-se dar resposta aos objetivos definidos no protocolo de estágio:

- Desenvolver competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção;
- Desenvolver competências comunicacionais;
- Desenvolver competências na gestão e supervisão de cuidados, no âmbito da Enfermagem Médico-cirúrgica;
- Contribuir para a implementação de novas dinâmicas de intervenção que favoreçam a transformação/ inovação dos contextos da prática clínica;
- Conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados;
- Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador;
- Desenvolver competências de investigação em Enfermagem.

Assim, ao longo do ENP, foram realizadas atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências definidas nos Regulamentos de Competências Comuns e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

“Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744)

O enfermeiro especialista, de acordo com o regulamento citado, é aquele a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidado especializado nas diferentes áreas da Enfermagem. Os enfermeiros especialistas, partilham um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. De seguida apresentam-se as atividades/competências desenvolvidas e a reflexão sobre as mesmas.

### 3.1. NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS

De acordo com o artigo 4.º do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (2019) os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O enfermeiro especialista é dentro da equipa de enfermagem aquele que detém conhecimento aprofundado de um domínio específico de Enfermagem que visa uma adaptação às respostas humanas aos processos e problemas da pessoa na área da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017c). Estes conhecimentos devem ser acompanhados de elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzindo-se assim num conjunto de competências específicas para um determinado campo de intervenção, neste caso na intervenção junto da pessoa e família em situação crítica.

São um conjunto de intervenções que vão além da visão geral da pessoa, família e situação vivenciada dependente do contexto onde ocorre. Tornando-se a resposta do enfermeiro à pessoa mais direcionada e específica em consequência de uma visão dotada de competências e capacidade de interpretação adaptadas à situação, pessoa e ambiente onde ocorre.

Segundo Benner (2001), mediante o desenvolvimento do modelo Dreyfus para aquisição de competências em Enfermagem, existem cinco níveis de conhecimento: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, onde se podem identificar necessidades específicas de ensino e aprendizagem para cada um dos níveis. Afirma, ainda, que o aumento da experiência e o domínio na área de intervenção conduzem a melhorias dos cuidados prestados naquilo que se denomina de perícia. É esta perícia que conduz a uma visão direcionada e eficaz na resposta às necessidades da pessoa alvo de cuidados.

Na prestação de cuidados, mediante as experiências vivenciadas e em complemento com o conhecimento teórico, o enfermeiro introduz modificações e melhorias nas suas respostas, permitindo assim a aquisição de competências.

### 3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, é dever dos enfermeiros “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 2).

Neste domínio, é imperativo ter como base de atuação os princípios éticos para a prestação de cuidados em saúde, designadamente, a beneficência, a não maleficência, a justiça e o respeito pela autonomia da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Neste estágio a nossa intervenção ocorreu em grande parte no período *post mortem*, em vias de comprovação por critérios neurológicos. Não obstante, a pessoa e a família mantêm o direito aos princípios éticos fundamentais no cuidar.

No SMI, contexto de elevada dependência tecnológica para monitorização e manutenção de parâmetros fisiológicos, a pessoa potencial dadora de órgãos depende da equipa e da família para a defesa dos princípios éticos mencionados. No enquadramento legal atual, Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, no seu artigo 10.º “São considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores.” (2007, p.4149). Atualmente, apesar do enorme fluxo de informação com o acesso a novas tecnologias, ainda não existe esse conhecimento por parte de toda a população.

A forma como se respeita o princípio de autonomia passa pela consulta do processo no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), e também pela entrevista com a família. A par da equipa de multidisciplinar, a família terá o papel de auxiliar na tomada de decisão tendo em conta o que seria a vontade da pessoa.

Independentemente da legislação em vigor, é considerada a vontade expressa também pela família, pelo que é esperado que na situação do consentimento informado os familiares apoiem a vontade do seu familiar, no que toca a doação, e que, no caso do consentimento presumido os familiares expressem a vontade de doação e respeitem esse consentimento (Belmonte *et al.*, 2020).

O conceito de morte cerebral, para uma grande parte da população ainda é de difícil compreensão, facto que requer especial atenção por parte das equipas de saúde, sobretudo no momento da comunicação do diagnóstico à família, no sentido de ter em conta os aspetos socioculturais (Barros & Sousa, 2021). O diagnóstico de morte cerebral

quando confirmado, pode ser gerador de sentimentos ambíguos na família do potencial dador, e a aceitação da morte, da perda e a superação do luto ocorrem de forma lenta e gradual.

Neste âmbito, tivemos a oportunidade de acompanhar a família, prestando as informações necessárias, esclarecendo dúvidas e permitindo a presença da mesma junto do doente sem restrições de horário.

Por vezes, o cuidado a uma pessoa morta, numa perspetiva apenas biomédica, pode tornar-se impessoal e frio. Tendo em conta esta preocupação, foi possível estabelecer um diálogo com as Equipas hospitalares de doação de órgãos e tecidos e Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação, no sentido de analisar a melhor forma de abordar esta questão com a equipa multidisciplinar, em particular junto dos pares.

O cuidado à pessoa e família a viver um processo após morte cerebral, contém em si um exponencial de melhoria da qualidade de vida para os potenciais recetores e suas famílias.

Assim, podemos afirmar que os princípios previamente mencionados são de um alcance abrangente, pois toda e qualquer ação na pessoa terá repercussões no processo de colheita e transplantação, e no próprio processo de recuperação do transplantado.

A experiência no GCCT permitiu compreender melhor a forma como é seguido o processo de salvaguarda de todos os requisitos legais, como a verificação do RENNDA e o processo de anonimização relativamente à pessoa dadora e à pessoa transplantada. Apesar de o Registo Português de Transplantação (RPT) ser uma ferramenta recente, com necessidade de aperfeiçoamento em termos de fluidez de informação, facilita o fluxo desta informação sem duplicação ou perda da mesma, beneficiando o desenvolvimento do processo de transplantação em Portugal.

Pudemos verificar que todos médicos e enfermeiros envolvidos neste processo, têm uma vasta experiência e conhecimento adquirido também por formação específica - o Transplant Procurement Management (TPM)<sup>4</sup>. Este tipo de formação facilita também o processo de comunicação com a família.

Assim, acompanhar profissionais detentores desta formação e de experiência na área, permitiu-nos assimilar a importância das competências de comunicação na salvaguarda do que seriam os interesses da pessoa e família.

---

<sup>4</sup> O TPM consiste numa formação na área da transplantação que é reconhecida pelo Conselho da Europa, e que tem como objetivo formar os profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos nas atividades de doação e colheita de órgãos e tecidos.

Através do contacto com doentes após transplante e da vivência de situações em que pudemos acompanhar o processo desde a doação (pessoa dadora) até à transplantação (pessoa recetora) foi-nos possível perceber a salvaguarda dos princípios éticos e legais adotados.

Junto da EHDCOT, pudemos aprofundar, ainda, mais algumas competências neste campo, tais como, a comunicação com a família, pelo contacto inicial, na comunicação do diagnóstico de morte cerebral, finalizando com a entrevista e recolha de dados prévia à colheita de órgãos e tecidos.

É essencial reter que a colheita de órgãos e tecidos para transplante tem como base fundamental a doação altruísta do indivíduo, sendo necessário o envolvimento de toda a sociedade. Para isso, é essencial que o processo seja transparente e que exista confiança no sistema organizacional (Belmonte *et al.*, 2020). Só de uma forma transparente, sustentada nos critérios legais existentes, se pode fazer uma boa seleção do par dador-recetor. É nesta fase de contacto direto com a família do potencial dador que se inicia todo o processo. A fase de recolha de dados, requer particular atenção, uma vez que as questões a colocar podem ser consideradas invasivas; e qualquer informação deve ser tratada com rigor, dadas as implicações que podem ter para a perceção da família sobre o potencial dador.

No SMI, ao acompanhar as equipas intervenientes no processo (EHDCOT & GCCT) pudemos seguir a pessoa em todo o seu ciclo após o processo de deteção como possível dador passando pela fase de diagnóstico de morte cerebral passando a potencial dador, até ao momento de colheita de órgãos e tecidos.

O ciclo de eventos inicia-se normalmente no serviço onde é detetado o doente com lesão devastadora conducente potencialmente a diagnóstico de morte cerebral, segue-se a sua transferência para o SMI e o processo de manutenção do possível dador. após o diagnóstico de morte cerebral, dá-se início à entrevista com a família, à consulta dos processos (que processos?) de forma a estabelecer a possibilidade de doação, e contacta-se o GCCT.

Determinada a possibilidade de doação com aplicação dos potenciais órgãos é iniciado o processo de colheita com encaminhamento do doente para o Bloco Operatório (BO) onde as diferentes equipas aguardam (a equipa do hospital que realizará o transplante desloca-se para efetuar a colheita do órgão no hospital que acolhe o dador), iniciando-se o processo de colheita propriamente dito. Após validação macroscópica dos órgãos, estes são encaminhados para os hospitais onde se realizará a transplantação nos doentes recetores.

Procurámos compreender e aprofundar conhecimentos junto de enfermeiros especialistas e do enfermeiro tutor sobre a importância da comunicação com a família neste contexto, nomeadamente, a adaptação do diálogo às suas necessidades e capacidade de assimilação dadas as circunstâncias a que se encontravam sujeitas. Foi essencial manter o respeito pela dignidade da pessoa na sua integridade de valores e crenças e na relação com as pessoas significativas. Porque apesar de morta, a família mantém o seu direito a informação e tratamento em prol da beneficência.

Por fim, todo o processo de realização de um estudo no âmbito da doação de órgãos e tecidos junto dos enfermeiros especialistas das várias áreas de intervenção à pessoa em situação crítica, que abordaremos na segunda parte do relatório, foi também essencial para a aquisição de competências nesta área.

### **3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

A atualização de conhecimentos e práticas de acordo com aquilo que é a evidência mais recente é fundamental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2019), a segurança da pessoa alvo dos cuidados é uma temática que tem evoluído com a crescente complexidade dos cuidados prestados. Esta preocupação com a segurança dos cuidados tem como objetivo a redução dos potenciais danos causados à pessoa na prestação de cuidados, procurando aprender com os erros e eventos adversos ocorridos.

A qualidade dos cuidados numa organização está relacionada com a implementação de políticas de qualidade, a capacidade de liderança aos vários níveis, a qualidade da informação (recolha de informação e registos), a competência dos profissionais e o envolvimento da pessoa/família nos cuidados.

Neste pressuposto, o enfermeiro especialista, pela formação diferenciada e pelas competências que lhe estão atribuídas, tem uma responsabilidade acrescida no processo de melhoria contínua dos cuidados prestados, na avaliação das práticas clínicas, na identificação de oportunidades e estratégias de melhoria.

Como referido, a elevada complexidade dos diagnósticos, intervenções e terapêutica dos doentes no SMI, e a elevada diferenciação dos profissionais que atuam nesta área, exige uma constante atualização de conhecimentos e partilha/discussão interdisciplinar para uma prestação de cuidados de qualidade ao doente e família.

Neste contexto, realizámos uma revisão do estado da arte ao nível da manutenção e deteção do potencial dador de órgãos e tecidos, com vista à sustentação da nossa

prática e à partilha da evidência encontrada juntos dos colegas, numa perspetiva de melhoria contínua.

Para esta revisão do estado da arte em que as fontes primárias de consulta foram as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Embase e MEDLINE®, por meio do acesso ao serviço PubMed de Pesquisa Bibliográfica em Publicações Médicas. As buscas foram direcionadas para atender perguntas estruturadas na metodologia PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome). Pela interface Medical Subject Heading (MeSH), inseriram-se os descritores da seguinte forma: Transplant procurement, detection, maintenance of the Organ donor.

Considerando a natureza do presente documento, também foram consideradas como fontes bibliográficas leis, decretos, portarias e resoluções. As referências encontradas foram analisadas criticamente e expostas posteriormente em momentos formais (formação aos enfermeiros do SMI no Apêndice B) e informais de formação de forma fornecer suporte à equipa multidisciplinar do SMI para o reconhecimento, a avaliação, validação e manutenção do potencial dador de órgãos.

Ao longo do estágio no SMI e na EHDCOT, com base na análise aprofundada dos protocolos em vigor, promovemos também momentos de discussão e reflexão com as equipas no sentido de identificar oportunidades de melhoria que de seguida passamos a abordar.

De acordo com a Orientação n.º 017/2011 da Direção Geral da Saúde (Portugal, 2011), está estipulada no SMI a avaliação diária da escala de Braden (avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão) e da escala de Morse (avaliação do risco de queda), que implica intervenções preventivas nesta área, de acordo Norma n.º 008/2019 da Direção Geral da Saúde (2019) - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.

Neste âmbito, constatámos que era frequente manter o potencial dador sem alternância de decúbitos. Promovemos, assim, a discussão informal com os elementos da equipa, refletindo sobre as implicações a nível da infeção, quer pelo menor número de úlceras por pressão, quer ainda pelos efeitos da alternância de decúbitos a nível pulmonar, que podem influenciar a qualidade dos órgãos para doação.

Ainda através da discussão informal com os pares, detetámos algumas lacunas ao nível do conhecimento na prestação de cuidados relacionado com a necessidade de proteção ocular do potencial dador - aplicação de gel lacrimal e encerramento dos olhos com penso oftálmico, de forma a reduzir a prevalência de úlcera de córnea, e consequentemente, contribuir para a preservação de tecidos a colher.

No SMI, os registos de enfermagem e médicos realizam-se na plataforma BSimple, uma plataforma que foi otimizada para fácil acesso da informação recolhida pelas diferentes equipas (médicos e enfermeiros). Na utilização deste sistema optámos por executar planos de cuidados personalizados ao doente e família. Medidas como atualização do contacto, identificação do enfermeiro de referência (de forma a facilitar o contacto), aplicação de escalas e modificação de diagnósticos no sistema informático sempre que necessário, facilitando a otimização contínua dos cuidados.

Ao nível desta plataforma informática identificámos algumas lacunas, relacionadas com a necessidade de introduzir intervenções dirigidas à família. Contudo, dado que o sistema será alterado, não foi possível dar resposta a esta necessidade.

Ainda durante o estágio no SMI, integrámos o grupo de trabalho para a reestruturação dos sacos<sup>5</sup> utilizados no transporte intra e extra-hospitalar do doente crítico e reformulação do respetivo protocolo. A reformulação destes sacos, de acordo com as recomendações<sup>6</sup> para o transporte de doentes críticos adultos da Ordem dos Médicos, *et.al.* (2008, p. 7) e Van Zwanenberg *et al.* (2016), levou a adaptação dos itens que o compõem de forma a tornar o transporte intra-hospitalar do doente crítico mais seguro (saco com menor volume de itens que permite o transito entre locais dentro do hospital com garantia de acesso a um carro de emergência num curto espaço de tempo) e no transporte extra-hospitalar com a composição de um saco que permite total independência do meio hospitalar até ao local de destino de forma segura, bem como o formulário de registo de eventos (propostas de lista de conteúdos e folha de registo presentes no Apêndice A.

Consideramos que esta intervenção foi essencial para proporcionar as condições de segurança na prestação de cuidados fora daquele que é considerado o “porto seguro” do doente crítico - o SMI.

Entendemos que após a aquisição destes conhecimentos sobre o funcionamento do que é feito sobre segurança e qualidade de cuidados, pudemos também contribuir para a qualidade dos mesmos com intervenção na prática diária dos enfermeiros/equipas que contactam com o doente.

---

<sup>5</sup> Sacos com material essencial para o transporte seguro do doente crítico como material de via aérea avançada, medicação endovenosa para situações de paragem cardiocirculatória ou descompensação hemodinâmica.

<sup>6</sup> Em 2023 foram atualizadas estas recomendações, pelas mesmas entidades.

Com as atividades realizadas foi possível desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade com reflexo nos restantes domínios e na nossa prática enquanto futuro enfermeiro especialista.

### **3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados**

Entre as competências mobilizadas pelos enfermeiros especialistas está a competência de gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação da equipa de saúde, de forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Ao longo deste estágio foram várias as experiências que nos permitiram adquirir competências a este nível.

Assim, **ao nível da função “Responsável de Turno”**, no SMI, verificamos que a enfermeira gestora predefine dois responsáveis de turno por equipa (equipas de rotatividade) sendo o primeiro elemento de cada equipa preferencialmente um enfermeiro especialista.

De acordo com o Parecer Conjunto n.º 01/2017 (Ordem dos Enfermeiros, 2017<sup>b</sup>, p. 2), o elemento que atua como responsável de turno deve ser dotado de “um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área da especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço”. Devido a existência de um número insuficiente de enfermeiros especialistas na área da enfermagem médico-cirúrgica, nem sempre são estes a desempenhar esta função.

Ainda assim, a função de responsável de turno é alocada a enfermeiros especialistas noutras áreas, e na ausência destes, a enfermeiros de cuidados gerais que detenham conhecimento e experiência para o exercício da função.

É de salientar que de acordo com a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, “Na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (Ordem dos Enfermeiros, 2019<sup>b</sup>, p. 145).

No contexto do SMI, o enfermeiro que assume o papel de responsável de turno, considerando as competências de cada elemento da equipa e o método de trabalho de enfermeiro de referência, tem a função de garantir a prestação de cuidados e adequar

os recursos às situações e ao contexto. A metodologia de trabalho por enfermeiro de referência utilizada neste serviço permite a prestação de cuidados personalizados, uma maior continuidade de cuidados, melhor gestão da informação, bem como uma maior proximidade da equipa com a família.

É ainda sua responsabilidade a redistribuição e gestão dos recursos humanos de acordo com as situações emergentes no serviço, sejam elas admissões, agravamento no estado da pessoa ou transportes intra e extra-hospitalares. Desta forma de acordo com o referido Parecer Conjunto n.º 01/2017, (Ordem dos Enfermeiros, 2017b) este enfermeiro organiza a equipa existente de modo a prevenir complicações, antecipando as respostas às necessidades que surgem no turno, promovendo assim uma cultura de qualidade e segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Pudemos também acompanhar os responsáveis de turno na sua atividade de gestão de recursos materiais, seja em contacto com o serviço de aprovisionamento para colmatar falhas de material ou aquisição de material essencial para o tratamento dos doentes, seja pelo contacto com os serviços farmacêuticos e serviços de manutenção ou limpeza.

O dia a dia como enfermeiro responsável de turno no SMI torna-se exigente pela acumulação das atividades de prestação de cuidados e de gestão.

**Ao nível da coordenação de equipas, no GCCT**, a gestão da equipa torna-se mais facilitada já que o número de elementos a gerir pela enfermeira-gestora é menor. O número de enfermeiros neste serviço é de 4 incluindo a enfermeira gestora, mas apenas 3 desempenham o papel de coordenador (sendo um deles a enfermeira gestora).

De acordo com a Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, o trabalho realizado pelos GCCT exige uma disponibilidade 24 horas por dia, sendo realizado mediante uma escala de coordenação envolvendo os três enfermeiros disponíveis. Assim, a comunicação com os Coordenadores Hospitalares de Doação da área de influência deste GCCT é facilitada.

O trabalho executado neste gabinete foi essencial no desenvolvimento de competências na área da gestão, pela coordenação de múltiplas equipas em diferentes instituições e de diferentes áreas - SMI, Bloco Operatório, equipas de colheita dos hospitais recetores, e forças policiais envolvidas no transporte de órgãos.

Observámos que é necessária uma grande capacidade de resolução de problemas, adaptação e responsabilidade de forma a evitar assincronias entre as diferentes equipas envolvidas. Qualquer informação ou comunicação executada de uma forma menos precisa pode acarretar consequências graves para os órgãos e para os doentes recetores.

Realça-se o trabalho em termos de gestão desde o diagnóstico de morte cerebral até ao momento do transplante. São fases que decorrem num curto espaço de tempo exigindo capacidade de adaptação e resposta às diferentes instituições. Todo o processo é coordenado pelo GCCT, em articulação com as equipas e instituições envolvidas.

A gestão neste gabinete é realizada tendo como base a metodologia *Kaizen* - abordagem que visa a melhoria contínua e reduzir as ineficiências. Os problemas são abordados e sugestões de melhoria advêm de todos os envolvidos (Shatrov *et al.*, 2021). Esta metodologia proporcionou uma aprendizagem participativa, com partilha e discussão das nossas ideias e saberes em contexto de estágio.

De acordo com a Portaria n.º 357/2008, de 9 de Maio o trabalho realizado pelos GCCT exige uma disponibilidade 24 horas por dia e desta forma, como referido anteriormente, é realizado mediante uma escala de coordenação envolvendo os três enfermeiros disponíveis. Assim, a comunicação com os Coordenadores Hospitalares de Doação da área de influência desse GCCT é facilitada.

Após a validação de todos os dados referentes à pessoa e aceitação como potencial dador, mediante a informação disponível no RPT, são selecionados os órgãos a ser colhidos. Para tal, é realizada uma recolha extensa de informação por parte do Coordenador Hospitalar de Doação junto da família do potencial dador. A informação colhida - dados laboratoriais, exames complementares, história clínica da pessoa e dados fornecidos pelo centro de histocompatibilidade – é compilada para o RPT de forma a facilitar a coordenação da distribuição de órgãos de acordo com os potenciais recetores e sua compatibilidade.

Logo que haja disponibilidade (apenas após realização das segundas provas de morte cerebral), procede-se ao transporte do doente para o bloco operatório da própria instituição onde as equipas dos hospitais que efetuarão o transplante aguardam para a realização da colheita dos mesmos. Todo este processo feito em total articulação entre as equipas das várias instituições, de forma a garantir a qualidade e segurança para todos os envolvidos, desde o potencial dador até ao recetor, tal como referido na Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio.

No entanto, nem sempre é possível encontrar um par dador-recetor compatível a nível nacional. Assim, recorre-se às normas europeias existentes para intercambio de órgãos entre os diferentes países da comunidade europeia, obedecendo aos critérios de segurança necessários para a qualidade da colheita e transplantação.

“O intercâmbio de órgãos constitui uma forma importante de aumentar o número de órgãos disponíveis e assegurar uma melhor compatibilidade entre dador e recetor, melhorando assim a qualidade do transplante. Este aspeto é particularmente relevante para a otimização do tratamento de doentes específicos, designadamente os que necessitam de tratamento urgente, os doentes hipersensibilizados ou os doentes pediátricos. Os órgãos disponíveis deverão poder transpor as fronteiras sem problemas ou atrasos desnecessários.” (Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia, 2010, p. 14)

Ao longo da nossa passagem pelo GCCT conseguimos também compreender as estratégias internas utilizadas para aumentar o seu *pool* de dadores. Refira-se o exemplo da doação de córnea, para o qual se elaboraram protocolos internos que levaram à criação de um banco de córneas. Neste contexto, foi ainda implementado um sistema de alerta via SMS, diário, para os contactos dos enfermeiros do GCCT com a informação pertinente de cada óbito de forma que estes acedam ao processo da pessoa e verifiquem que a mesma tem critérios para doação deste tecido.

Participámos, ainda, na manutenção da base de dados que é utilizada para uma melhor compreensão do trabalho realizado em termos de doação, desde dadores efetivos a dadores não efetivos ou mesmo doentes e órgãos que acabaram por não ser colhidos. Este tipo de ferramenta auxilia no entendimento dos campos a melhorar de forma a aumentar o número e qualidade dos órgãos a colher. Acabou por ser uma ideia que pudemos desenvolver junto da EHDCOT (a ser descrito posteriormente).

**A EHDCOT**, é uma equipa que tem o objetivo de expandir o trabalho e a permanência da representação do Coordenador Hospitalar de Doação. De acordo com as recomendações do Conselho da Europa REC (2005) citado na Portaria n.º 357/2008, de 9 de Maio, todos os hospitais dotados de unidades de cuidados intensivos devem ter nomeado um Coordenador Hospitalar de Doação (CHD), com formação direcionada para o efeito, tem a função de otimizar o processo de identificação e manutenção de potenciais dadores de órgãos e tecidos.

Junto desta equipa, acompanhando o CHD, realizámos visitas diárias aos diferentes serviços de medicina intensiva com maior enfoque no SMI1, onde se encontram os doentes de nível III e para onde são transferidos os potenciais dadores.

Acompanhámos os processos de coordenação interna da equipa e de articulação com as outras equipas, no âmbito da realização de exames complementares, de provas de morte cerebral e posterior transplantação, bem como na manutenção do potencial dador.

Integrámos também a equipa no processo de elaboração do relatório anual de atividades e registo de doações. Neste sentido, criámos uma base de dados em formato *Excel*, com o objetivo de fornecer informação sobre a tipologia da doação (multiorgânica, simples, tecidos), características dos dadores e potenciais dadores na área de influência do hospital onde estagiámos, e consequentemente contribuir para a otimização deste processo.

A concluir, podemos afirmar que o desenvolvimento de competências nesta área passou pela observação sistematizada e pela intervenção em diversas atividades de gestão.

#### **3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Ao longo da experiência no SMI, a nossa intervenção baseou-se na interação direta com as equipas responsáveis pela manutenção e deteção do potencial dador de órgãos e tecidos. As experiências vivenciadas junto das equipas do GCCT e EHDCOT tornaram-se essenciais para o desenvolvimento de competências e aprendizagens neste âmbito.

Tal como descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), o enfermeiro deve desenvolver o autoconhecimento, assertividade e basear a prática clínica especializada em evidência científica.

Procurámos mobilizar as competências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem centrando a nossa abordagem na procura da evidência que suportasse as nossas intervenções como enfermeiro especialista na área da enfermagem à pessoa em situação crítica.

Foi essencial a orientação do enfermeiro tutor na compreensão das necessidades de formação da equipa do SMI. Após contacto com as equipas, foram identificadas necessidades de formação ao nível dos conhecimentos, relacionados com a preservação da qualidade dos órgãos e necessidade de aumentar o *pool* existente de potenciais dadores.

Promovemos, assim, em parceria com a EHDCOT, a realização de duas sessões de formação à equipa do SMI sobre a deteção e manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos com vista a contribuir para a otimização do processo (Apêndice B). Esta formação será estendida a outras equipas do mesmo hospital, concretamente às do Serviço de Urgência, e posteriormente, a outros serviços de relevância para a deteção de possíveis e potenciais dadores, no sentido de contribuir para a aquisição de conhecimentos e uniformizar a informação.

Além destas formações, no âmbito da prestação de cuidados no SMI, em particular no acompanhamento dos doentes potenciais dadores antes e após provas de morte cerebral, promovemos momentos de discussão e aprendizagem sobre os conhecimentos e intervenções que podem ser otimizados, com os vários elementos da equipa de enfermagem (enfermeiros, enfermeiros especialistas e responsáveis de turno).

Optámos por uma abordagem em forma de *Debriefing*, pelo potencial de melhoria na performance das equipas, através da reflexão e partilha de experiências (Kessler *et al.*, 2015). Junto da equipa do SMI foi essencial a constante reflexão e discussão com peritos, especialistas e enfermeiros, de forma a entender as dificuldades, esclarecer dúvidas e clarificar a melhor forma de abordar o potencial dador e a sua família nas diferentes fases do cuidar.

Entendemos que o conhecimento adquirido pelos colegas que trabalham em equipas como o GCCT e a EHDCOT no curso Transplant Procurement Management (TPM) é essencial para a otimização dos cuidados prestados pelas equipas dentro do hospital e para a segurança de todo o processo, desde a deteção até à transplantação.

Na aquisição de competências específicas, foi também fundamental a participação em congressos, jornadas e cursos na área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Iniciámos com a participação no 4.º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção. Neste âmbito, frequentámos também o curso pré-congresso de Gestão de Acessos Vasculares (Anexo B), uma experiência enriquecedora que trouxe informação e conhecimento acrescido à nossa prática diária em contexto de trabalho na área do Controlo de Infeção, especialmente na manipulação de acessos vasculares e na atualização de conhecimento relativamente a novos dispositivos e seu manuseamento. De forma global, o congresso possibilitou a discussão com os pares com vista à introdução de melhorias no local de trabalho.

Seguiu-se o VII Seminário de Enfermagem em Transplantação de Órgãos da Unidade de Transplantação Hepática e pancreática do CHP (Anexo C), que permitiu compreender de forma mais aprofundada o processo complexo de colheita, preservação e transplante de órgãos e tecidos a nível nacional, bem como as dificuldades inerentes a ultrapassar.

E por último, a participação nas Jornadas Nacionais de Doação de Órgãos e no Curso Teórico-prático Pré-jornadas – “Identificação e Manutenção de Dadores em Morte por Critérios Neurológicos” (Anexo D), que possibilitou a aquisição de conhecimentos e competências que nos auxiliaram no planeamento da formação dos elementos do

serviço do SMI e restante hospital, nomeadamente, nas temáticas a abordar, e ainda na discussão em serviço sobre as estratégias de melhoria a implementar. É de referir que na participação neste evento científico possibilitou a discussão e reflexão com colegas do nosso hospital (GCCT e EHDCOT), bem como os pares de outras entidades homólogas, a nível nacional. A discussão sobre diferentes realidades e a partilha de estratégias de trabalho constituíram uma mais-valia para o nosso desenvolvimento na área da transplantação, com reflexos nos contextos da prática clínica.

Foram estas, as atividades mais relevantes que deram sentido ao desenvolvimento das competências neste âmbito.

### 3.2. NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

No domínio das competências específicas, realçam-se as três competências que diferenciam estes enfermeiros especialistas, presentes no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018):

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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, p. 19363).

#### **3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**

Todo o processo de doação advém de uma evolução e confirmação de vários fatores, comparado ao escalar de vários degraus com a finalização na transplantação bem-sucedida dos órgãos colhidos.

No desenvolvimento deste estágio centrámo-nos no possível e no potencial dador de órgãos e tecidos. A área de atuação relacionada com a doação de órgãos e tecidos – contexto pré-hospitalar e hospitalar – que atravessa o processo de deteção de potencial

dador, morte cerebral, manutenção de dador, até à colheita, permite que o enfermeiro desenvolva competências necessárias para a manutenção de um doente crítico, e suporte da família nesse processo.

No contexto deste estágio procurámos estabelecer a nossa prestação de cuidados com base no modelo da conservação de Myra Levine. A escolha deste modelo deu-se pela sua adaptabilidade para o cuidado ao doente e família. A prestação de cuidados ao indivíduo e família só é eficaz com a compreensão da pessoa na sua totalidade (influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais), e é nesta visão que Levine propôs quatro princípios de conservação: da energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social.

O princípio da conservação de energia, diz respeito, nomeadamente ao equilíbrio entre hidratação/eliminação; inspiração/expiração; e equilíbrio de eletrolíticos. O princípio da conservação da integridade estrutural, refere-se, entre outros, à prevenção de infeções e de úlceras por pressão. O princípio da integridade pessoal, relaciona-se com a solicitude, a presença, o respeito pela pessoa como sujeito e não com objeto. E por último, o princípio da integridade social, presente na relação com a família e pessoas significativas do potencial dador.

O presente modelo baseia-se, assim, na atuação do enfermeiro junto do indivíduo de forma a manter a sua integridade em cada um dos domínios, e da família através de intervenções que favoreçam a sua adaptação a uma situação de perda e resolução dos problemas (Moreira *et al.*, 2022), no sentido de ajudar a família a gerir as emoções e as dificuldades associadas a este processo de transição.

Esta teoria vem também de encontro a algo que tem de ser alvo da atenção dos enfermeiros nesta área de ação e foi alvo da nossa intervenção ao longo do estágio, o Síndrome de Pós- Internamento em Cuidados Intensivos na Família (SPICI-F). As famílias revelam ser cada vez mais um elemento essencial na prestação de cuidados nos SMI, mas com esta interação emerge também esta síndrome que se caracteriza por problemas como ansiedade e depressão. Esta problemática terá influência em fatores como empregabilidade do familiar dados os elevados níveis de stress causados pela relação com o doente (potencial dador de órgãos e tecidos). É essencial a intervenção e atenção do enfermeiro nesta síndrome de forma a fornecer o suporte e encaminhamento adequado às famílias que ultrapassam esta fase de desequilíbrio nas suas vidas (Veiga, 2020).

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica foi ainda relevante a experiência prévia que detemos em SMI, bem como o conhecimento adquirido ao longo do mestrado

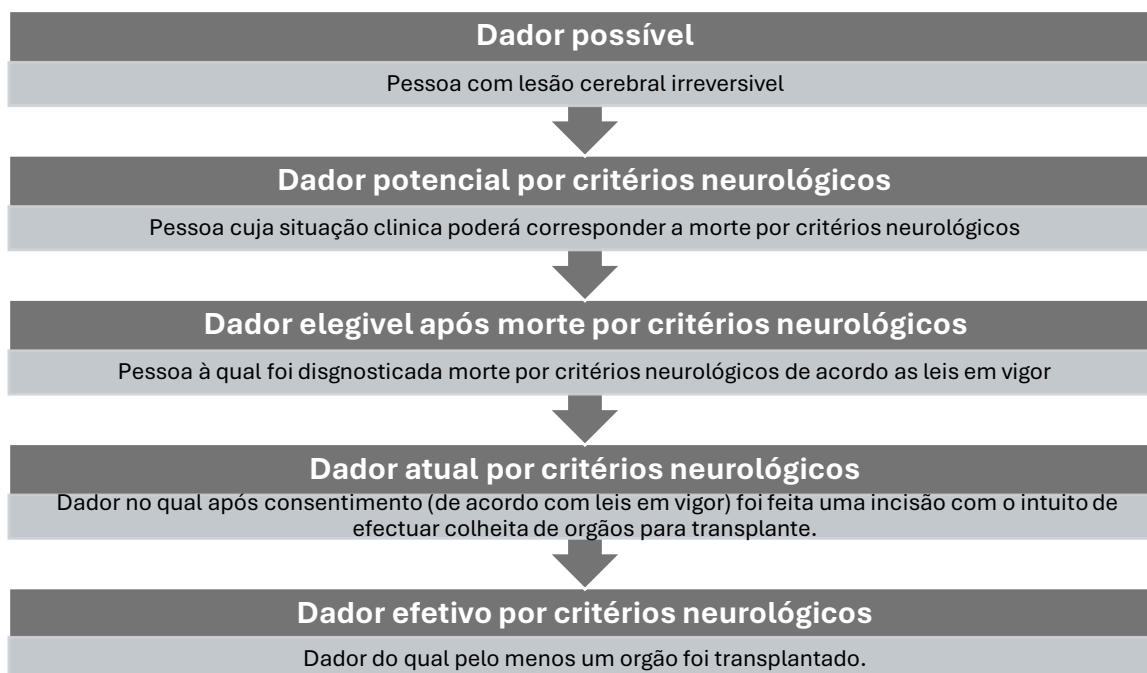
em unidades curriculares de componente teórica e prática. Prestámos assim cuidados com base na identificação e antecipação de focos de instabilidade, com respostas direccionadas a esses focos, bem como, com base em monitorização e vigilância avançada e adequada à gravidade e instabilidade da pessoa. Para uma aplicação adequada dos conhecimentos e competências foi essencial a contribuição do enfermeiro tutor e de todos os enfermeiros especialistas e peritos na área do cuidado à pessoa em situação crítica.

Nos contextos de estágio referidos foi possível contactar e prestar cuidados a diversos potenciais dadores, que podem ser divididos em dois grupos conforme o tipo de morte: circulatória e por critérios neurológicos. No caso do SMI do HB onde se realizou o estágio, apenas são seleccionados dadores por critérios neurológicos, dado que a manutenção de dadores por morte circulatória requer terapias específicas que este hospital não dispõe.

O principal grupo de pessoas que podem preencher os critérios de morte cerebral é constituído particularmente por pessoas que sofreram lesão cerebral traumática e hemorragia intracraniana (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022). Apesar de haver atualmente uma diminuição no número de potenciais dadores por lesão traumática devido a maior segurança rodoviária, trabalho e outros contextos, esta continua a ser uma grande fonte de dadores a par de pessoas com acidente vascular cerebral.

A sequência de eventos de um potencial dador (após morte por critérios neurológicos) em contexto hospitalar encontra-se representada na figura 2.

**Figura 2** – Sequencia de eventos para a doação por critérios neurológicos adaptada de (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022)



De acordo com Westphal *et al.* (2016), a morte cerebral é definida como a perda irreversível das funções do cérebro incluindo as do tronco cerebral, independentemente da manutenção de batimento cardíaco e reatividade espinal, que carece de prova dessa irreversibilidade através do teste dos reflexos do tronco cerebral e capacidade de ventilação.

Em Portugal é mantida a obrigatoriedade dos critérios de morte cerebral estipulados na Declaração do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, publicada em Diário da República (Declaração, de 11 de outubro, 1994). Portanto, mantém-se a necessidade da existência de três sinais obrigatórios: score de 3 na Escala de Coma de Glasgow, ausência de reflexos do tronco cerebral e ausência de ventilação espontânea. O coma tem de ser de etiologia irreversível e suficiente para causar morte, sendo excluídos efeitos de depressores do sistema nervoso central e bloqueadores neuromusculares. Devem ser excluídos também distúrbios metabólicos graves e hipotermia, bem como identificada qualquer condição traumática ou défice pré-existente que condicione a avaliação clínica.

Nas regras de semiologia, é indicado que todos os estímulos têm uma total ausência de resposta, e qualquer resposta neurológica, motora ou autonómica devido a estimulação do tronco cerebral exclui o diagnóstico de morte cerebral.

No SMI, local por excelência onde é feita a manutenção do potencial dador e onde pode ser acompanhada a evolução da sua estabilidade, otimização e aplicação das regras de semiologia médico-legais, foi possível acompanhar a evolução deste tipo de doentes.

Quando uma pessoa é identificada como possível candidato para doação de órgãos e tecidos, a EHDCOT é prontamente notificada. Esta rápida deteção e avaliação de inclusão para doação, também devida ao facto de os médicos responsáveis pela emergência interna e externa (sala de emergência) serem provenientes da equipa do SMI, reduz o atraso na admissão no SMI, e consequentemente melhora o planeamento de intervenções do potencial dador e contacto com a respetiva família (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

Após a deteção do possível dador, e transferência para o SMI, passa-se então para a fase de manutenção e posterior certificação da morte cerebral.

Relativamente ao processo das regras da semiologia médico-legal para verificação de morte cerebral, passamos a descrever os reflexos a avaliar de acordo com o procedimento específico de diagnóstico de morte cerebral do HB (Hospital de Braga, 2021a).

Os reflexos a avaliar são:

- **Reflexos fotomotores:** pela observação das pupilas em repouso e após estimulação repetida com foco de luz intensa. As pupilas devem estar dilatadas (tamanho medio ou grande) e fixas (sem resposta direta ou consensual à luz), e deve-se guardar pela eliminação da atropina ou outros fármacos que possam interferir com o tamanho e resposta pupilar antes de realizar o diagnostico;
- **Reflexos corneopalpebrais:** pela estimulação repetida da córnea com uma cotonete esterilizada em que o estímulo deve ser feito na córnea (não na conjuntiva) sem que as pálpebras sejam forçadas a manterem-se abertas, e neste caso espera-se encontrar uma ausência de qualquer movimento palpebral;
- **Reflexos oculocefálicos** (efeito olhos de boneca): através da rotação da cabeça para a direita e para a esquerda com movimentos secos aguardando, de cada lado, 3 a 4 segundos. Numa resposta normal observaríamos rotação contralateral dos olhos, mas no cado de reflexo abolido (morte cerebral), os globos oculares mantêm-se fixos e os olhos acompanham passivamente o movimento da cabeça. No caso de traumatismo cervical este estímulo é dispensado;
- **Reflexos oculovestibulares:** após o posicionamento da cabeça 30° acima do plano do leito, verifica-se a permeabilidade dos canais auditivos externos, e procede-se à Instilação no canal auditivo externo através de um cateter com um mínimo de 50 cc de água a 4°C. Deve se aguardar no mínimo 5 minutos entre a estimulação de cada um dos lados, e numa resposta normal observa-se um

desvio tónico dos olhos para o lado da estimulação. No caso de existir reflexo abolido, não existirá qualquer movimento ocular;

- **Reflexo faríngeo** (nauseoso): realizado pela estimulação da orofaringe com uma espátula, e no qual a resposta normal seria uma elevação do véu do paladar. Este estímulo deve ser complementado com a estimulação traqueobrônquica procurando o reflexo da tosse (reflexo traqueal profundo), recorrendo ao uso de uma sonda de aspiração cuja extremidade ultrapasse o tubo endotraqueal;

A realização da **prova de apneia** que comprova a ausência de respiração espontânea tem como objetivo obter um acréscimo de  $\text{PaCO}_2 > 20 \text{ mmHg}$  durante o período de apneia, a partir de um valor de base de  $40 \text{ mmHg}$ . Ou seja, após a desconexão ventilatória,  $\text{PaCO}_2$  deverá ser igual ou superior a  $60 \text{ mmHg}$ . Esta deve ser a última prova a ser realizada após pré-oxigenação de 10 minutos com  $\text{FiO}_2 1$  ( $\text{O}_2$  a 100%), ajustando a ventilação-minuto de forma a situar a  $\text{PaCO}_2$  basal em  $40 \pm 5 \text{ mmHg}$ , colhendo nesse momento a primeira amostra de sangue arterial para gasometria. Após a validação com a gasometria, será desconectado o ventilador e introduzida uma sonda de oxigenação com um débito mínimo de  $6\text{L/min}$  de oxigénio. Durante pelo menos 10 minutos deve ser observado qualquer movimento sugestivo de esforço respiratório, evitando confusão com movimentos torácicos compatíveis com batimentos cardíacos. E durante este processo deve ser também, observada a saturação de oxigénio de forma a evitar dessaturação, quedas tensionais e arritmias, o que levará a uma interrupção imediata das provas. Decorridos os 10 minutos, deve ser colhida uma segunda gasometria de forma a comprovar a subida de  $\text{PaCO}_2$  comprovativa e compatível com a ausência de respiração espontânea.

Foi observado que em certos casos particulares, como hipercapnia, o valor base do doente teria de ser assumido como superior ao preconizado, passando a ser considerado o valor base aquele que corresponde aos momentos fora de períodos de agudização e esperando um aumento de valor de  $\text{PaCO}_2$  superior a  $15\text{mmHg}$  como prova confirmatória. Já nos casos de hipoxemia procedeu-se a utilização de ventilação em modalidade *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) com uma manutenção de uma *Positive End-expiratory Pressure* (PEEP) de 10 e uma pressão assistida de 0, com desativação dos mecanismos de segurança dos ventiladores que têm ventilação de reserva (Hospital de Braga, 2021a).

Nas situações consideradas duvidosas, devido a perfusões prolongadas de drogas depressoras do sistema nervoso central ou outras particularidades, recorreu-se a testes

confirmatórios como auxiliares de diagnóstico de morte cerebral, como angiografia cerebral, ultrassonografia transcraniana, eletroencefalograma, entre outros.

Após a certificação da morte cerebral, as medidas de manutenção do potencial dador têm como objetivo o equilíbrio no dador face as alterações fisiológicas consequentes da morte somática, sendo esse o curso natural após lesão encefálica grave, pela resposta pró-inflamatória sistémica com alterações hemodinâmicas e endócrinas.

Como referido, durante este estágio foi possível interagir e cuidar do potencial dador em todas as suas fases de manutenção pré e pós confirmação de morte cerebral.

Foi essencial a nossa participação neste processo de forma a garantir a sua realização de acordo com os protocolos do serviço e com a garantia que não são colocados em risco princípios essenciais como a não-maleficência, beneficência e autonomia da pessoa. A nossa presença neste momento serviu também para garantir que nenhum dos processos colocariam em causa o controlo de infeção durante os procedimentos, e a preservação dos órgãos e tecidos da pessoa. Ainda que estes princípios sejam salvaguardados de uma forma geral, a nossa presença serviu de suporte para o esclarecimento e colmatação de lacunas que pudessem surgir no momento da realização dos procedimentos.

No seguimento da confirmação de morte cerebral cabe à equipa comunicar à família o resultado deste procedimento. Consideramos que esta comunicação com a família, em muitas situações, apenas efetuada pelo médico responsável, deveria evoluir para uma comunicação em equipa, participada também pelo enfermeiro, dado que é o profissional que acompanha o doente em todos os momentos da sua passagem pelo hospital.

De acordo com o manual do coordenador de doação (Belmonte *et al.*, 2020), a experiência individual da entrevista familiar poderá ter um forte impacto sobre o seu ambiente social, ou seja, uma má experiência pode enfraquecer a confiança no processo (doação) e causar danos no relacionamento da família com os profissionais e pode, por isso, afetar futuras doações. Por seu lado, uma experiência positiva com o processo de doação promovido por uma boa entrevista e acompanhamento por parte da equipa multidisciplinar será basilar na gestão do processo de luto, e na promoção do processo de doação junto da sociedade. Especialmente num contexto de morte cerebral em que os familiares conseguem visualizar na monitorização sinais compatíveis com uma pessoa viva, é essencial uma comunicação adaptada e que não deixe dúvidas na família sobre o diagnóstico e o procedimento de doação (Belmonte *et al.*, 2020). Neste âmbito, dado que os testes serológicos não são 100% fidedignos, é essencial perceber

e documentar comportamentos e hábitos sociais que se possam constituir como contraindicação para a doação.

No SMI, a comunicação de más notícias é realizada numa sala própria para o efeito. Neste contexto, foi possível participar neste processo que implica uma abordagem estruturada e planificada junto da família. O facto de toda a EHDCOT ter formação específica neste tipo de situações permitiu-nos adquirir competências nesta área. Estas estratégias de suporte e abordagem da família são de enorme importância para evitar informação que possa ser conflituosa. Reiteramos a importância da abordagem multidisciplinar pela proximidade do enfermeiro e a sua capacidade de entender a família e encorajar a mesma a expor as suas preocupações e questões (Briggs, 2017).

Durante este processo é mantido o contacto com o GCCT para consulta do RENNDA e todos os dados relativos à pessoa são então inseridos no RPT para disponibilização da informação a nível nacional.

É ainda feito pela EHDCOT a comunicação com o responsável do Bloco Operatório de forma a agendar a hora provável da colheita de órgãos e permitir a sincronia de todas as equipas envolvidas, em função do número e tipo de órgãos ou tecidos a colher.

Durante este processo, e até ao momento de colheita, a equipa multidisciplinar do SMI assegura a manutenção do potencial dador, tratando-se de um processo complexo desde a entrada da pessoa no hospital até ao momento de colheita.

Em fase de processo de morte cerebral (ainda antes da certificação do mesmo), a pessoa passa por duas fases distintas de instabilidade. A primeira fase de tempestade adrenérgica, quando ocorre o encravamento das amígdalas e que terá como consequência uma descarga simpática massiva. Esta fase é caracterizada por sinais como hipertensão arterial, bradicardia e bradipneia, que constituem a tríade de Cushing (Belmonte *et al.*, 2020), podendo ainda verificar-se alterações de ECG e arritmias, e hipertermia. Na segunda fase ocorre uma redução das catecolaminas, consequente disfunção do centro vasomotor e diminuição das resistências vasculares periféricas. Estas alterações e diminuição das hormonas (catecolaminas) terão consequências no aumento do metabolismo anaeróbio, que pode levar à acidose.

Assim, além de uma monitorização contínua e estudos analíticos regulares, é essencial a atenção do enfermeiro de forma a antecipar ou rapidamente detetar sinais de instabilidade no potencial dador de órgãos e tecidos, com vista a otimizar todos os órgãos passíveis de serem doados dependendo das características do dador. Após estas duas fases iniciais distintas terão de ser tomadas medidas de manutenção do dador em consequência da cessação dos mecanismos de regulação.

Na manutenção do dador, o conhecimento atualizado e a prática baseada na evidência são fundamentais uma atuação rápida e eficiente face às alterações detetadas. Neste sentido, consultámos estudos recentes na área e outros documentos estruturantes para os cuidados, nomeadamente o *Guide to the quality and safety of organs for transplantation* (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022) e os protocolos internos do SMI de manutenção do dador.

Para além do cuidado global à pessoa potencial dadora, na nossa prática no SMI tivemos especial atenção a determinados parâmetros com implicações na qualidade dos órgãos a colher, que passamos a explicitar:

Na hipotensão causada por hipovolémia e reposição de fluidos pela ausência de estimulação central e devido a libertação de citoquinas com necessidade de compensação de grandes perdas de fluidos com terapias administradas antes da certificação de morte cerebral (manitol e outras medicações para tratamento de edema cerebral) sugerimos a utilização de medidas como o cateter PiCCO™ ou medição de pressão venosa central nos potenciais dadores com perfis hemodinâmicos difíceis de controlar. O cateter PiCCO™ é um tipo de cateter que permite a medição do débito cardíaco e outras medições através da termodiluição, permitindo guiar a terapia hemodinâmica (Voet *et al.*, 2022). Assim, foi possível melhorar a forma de administrar os volumes necessários de acordo com as restrições a ter para manter a qualidade dos órgãos, prevenindo excesso de fluido pulmonar e guiando a terapia de acordo com o perfil hemodinâmico do dador.

Este primeiro tema também em muito ligado à hipotensão arterial persistente e ao uso de vasopressores. Mais uma vez, com o uso da medição de pressão venosa central como indicador indireto do estado do doente a nível de volémia, e medidas como ecocardiograma e cateter PiCCO™ (Westphal *et al.*, 2012). Desta forma a equipa multidisciplinar foi capaz de adequar a terapia ao perfil hemodinâmico do dador de forma a otimizar os órgãos a serem colhidos posteriormente. Pudemos observar que tal como descrito na bibliografia (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022), a medicação vasoativa de primeira linha é a noradrenalina. E na grande maioria dos casos foi suficiente, não excedendo valores preocupantes que pudessem pôr em causa a irrigação dos órgãos. Quando necessário associada a dobutamina de forma a melhorar a função do miocárdio e em especial nos casos onde foi diagnosticada esta disfunção.

Na área da manutenção do sistema endócrino, pela nossa experiência, a disfunção mais evidente e de maior frequência foi a diabetes insípida, que exige uma correção rápida e

direcionada (com o uso de desmopressina conforme o protocolo da unidade) (Westphal *et al.*, 2012). Disfunções como a diabetes insípida terão uma influência na hemodinâmica do doente e também na concentração iônica. Outra das disfunções neste âmbito que entendemos ter ocorrido com maior frequência resume-se às alterações glicémicas, para as qual seria administrada insulina em perfusão conforme o protocolo da unidade. Um distúrbio que ocorria frequentemente com a administração de medicação como metilprednisolona ou hidrocortisona, dada a ocorrência de sintomas similares a choque séptico após a morte cerebral (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

Em distúrbios comuns como hipocaliemia e hipernatremia, foi essencial a vigilância regular dos valores séricos destes iões de forma a contrariar qualquer alteração. Estas alterações advêm de depleções de volume causadas por fenómenos como a diabetes insípida, pela administração de iões previamente a morte cerebral de forma a controlar a pressão intracraniana, e até pela administração de medicação como insulina (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022). Para controlo de sódio foi utilizada a administração de água por sonda nasogástrica ou dextrose em água a 5% (com atenção nos valores glicémicos). Quanto a valores de potássio ou outros distúrbios de baixas concentrações optou-se pela reposição e administração do ião em causa.

Como identificado na literatura, a existência de um estado de poiquilothermia após a morte cerebral, exigiu uma monitorização contínua de temperatura através do uso de termómetro esofágico, *standard* de monitorização de temperatura invasiva no SMI. Mesmo previamente à morte cerebral houve uma preocupação em manter a temperatura do potencial dador acima dos 35 °C, valor mínimo para a execução de semiologia (Hospital de Braga, 2021a). São recomendadas temperaturas compreendidas entre os 36 °C e os 37,5 °C durante a manutenção do potencial dador (Westphal *et al.*, 2012), pelo que na nossa prática clínica optámos por recomendar e utilizar fatos de manutenção de temperatura ou mantas de aquecimento de forma a atingir estes valores alvo.

Na área da ventilação e medidas de proteção pulmonar, pudemos intervir positivamente na discussão com especialistas inclusive da área da reabilitação. Salientamos as manobras de recrutamento alveolar, monitorização de água pulmonar através de dispositivos como PiCCO™, aspiração de secreções de forma segura e adequada às necessidades do potencial dador, incentivar a equipa a manter alternância de decúbitos e elevação de cabeceira, manutenção de medidas de desinfeção das mãos e uso de equipamentos de proteção individual adequados às manobras a executar e uma boa

higiene oral no dador. Todas estas medidas foram realizadas com base nas recomendações da European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2022), tendo presente que o pulmão é também um órgão de elevada importância na manutenção de outros órgãos e para posterior transplantação.

Um tema que consideramos ter sido de maior controvérsia em termos de discussão na equipa multidisciplinar, mas que veio a ter alguma adesão com potencial de mudança, foi a nutrição entérica no potencial dador. A introdução deste tema junto da equipa poderá trazer benefícios para próximos potenciais dadores, especialmente no controlo da infeção / translocação bacteriana, e pela qualidade dos tecidos e órgãos em especial no sistema entérico (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

Paralelamente à prestação de cuidados especializados ao potencial dador, a família no processo de doação de órgãos, também constitui um alvo de intervenção dos enfermeiros.

Neste âmbito, a formação e competências das equipas na área da comunicação, mais concretamente na comunicação de más notícias, permite uma abordagem mais compreensiva e integrada da família no processo que está a vivenciar.

Mesmo no caso do potencial dador, o fim de vida é repentino e inesperado, pelo que a comunicação com a família é fundamental para o ato de doação como algo nobre e desejado independentemente do consentimento presumido em caso de não inscrição como não dador no RENNDA. A abordagem da família recorrendo ao protocolo SPIKES (Baile *et al.*, 2000), com a escolha de um local privado e confortável para a comunicação, entendendo a visão e perceção da família sobre a morte cerebral e doação, explorando o seu conhecimento da situação decorrente, expondo as más notícias de forma explícita, mas com a devida preparação, validando e sendo empático com as emoções e resumizando a informação e clarificando dúvidas que possam existir.

A criação de um ambiente acolhedor e o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família facilitou a comunicação de más-notícias, bem como a intervenção na prevenção de SPICI-F pela possibilidade de diagnóstico de ansiedade e prevenção de *stress* pós-traumático (Lobato *et al.*, 2023), pelo encaminhamento e apoio prestado, nomeadamente no acompanhamento durante os momentos de despedida do familiar previamente à doação (transferência para o bloco operatório). A promoção de visitas do núcleo familiar e a possibilidade de estes trazerem objetos religiosos e fotografias de familiares foram intervenções que integraram a nossa prática.

Neste contexto, a equipa de enfermagem foi incentivada a participar em todas as reuniões de comunicação com a família, constituindo uma mudança de prática no serviço.

Sentimos que como futuros enfermeiros especialistas desenvolvemos mais competências na comunicação de más notícias e na promoção da aceitação destes processos e na gestão de luto pela família.

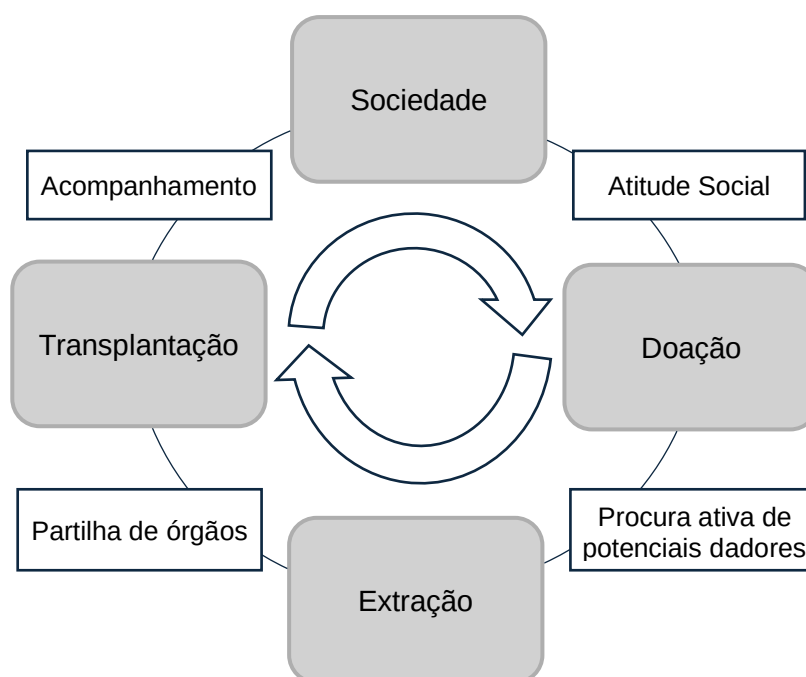
Após esta fase, determinado o horário de colheita, órgãos a transplantar e respetivas equipas envolvidas, é realizada a transferência do dador para o Bloco Operatório. Neste âmbito, pudemos continuar a aprofundar as competências do cuidar da pessoa em situação crítica, em especial no âmbito do transporte do doente crítico em contexto intra-hospitalar. Este transporte segue as recomendações do Transporte de Doentes Críticos (Ordem dos Médicos,*et.al.*, 2008) que visam a manutenção da segurança e da boa prática clínica. Os dispositivos e medidas de manutenção para o transporte são escolhidos tendo em conta que “O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.” (Ordem dos Médicos,*et.al.*, 2008, p. 10).

Tivemos também a oportunidade de observar e colaborar com a equipa do GCCT durante o processo de colheita de órgãos em contexto de Bloco Operatório, na comunicação com as diferentes equipas, mantendo a sequência de colheita adequada aos tempos de isquemia fria e auxiliando na perfusão dos órgãos com soluções de preservação e acondicionamento nos devidos recipientes em preparação para o seu transporte.

Após o processo de colheita, acompanhamos o transporte dos órgãos para o hospital de destino, onde pudemos colaborar numa situação concreta de preparação do recetor de um fígado colhido previamente e observar o procedimento de transplantação *in situ*. Tratou-se de uma experiência gratificante, na medida em que pudemos acompanhar o processo de doação e transplantação de princípio a fim.

Tivemos também a possibilidade de observar a evolução da pessoa em estado crítico, com completa limitação e dependente de cuidados hospitalares há meses sucessivos, no período prévio à transplantação, bem como o seu processo de recuperação após transplante. Em poucas semanas apresentava um estado de recuperação e independência que não teria experienciado há mais de um ano decorrido com complicações e procedimentos invasivos e limitantes *in situ*. A observação do ciclo vital na doação tal como descrito por Manyalich (1999), presente na figura 3 que se segue, foi essencial para entender o elevado potencial de mudança que a doação tem nas vidas das pessoas, famílias e sociedade.

**Figura 3** - Ciclo vital na doação adaptado de Manyalich (1999).



Esta abordagem com visão numa melhoria da atitude social face a doação e o acompanhamento da pessoa e família ao longo de todo o processo, constitui uma área intervenção enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Esta intervenção abrange a organização e gestão de equipas, a manutenção da pessoa e seus focos de instabilidade, a otimização de órgãos e o apoio à família.

Após um estágio tão rico em experiências no âmbito da doação de órgãos – colheita e transplantação - e contacto com as pessoas e famílias alvo dos nossos cuidados, pudemos compreender melhor o potencial de mudança a nível social, nomeadamente pela melhoria da qualidade de vida do transplantado.

Acresce, ainda, o potencial de conhecimento que esta experiência nos proporcionou para motivar as equipas que integramos a uma mudança nas práticas clínicas com vista à melhoria dos cuidados.

Na manutenção do potencial dador é essencial executar a colheita e transplantação tão rapidamente quanto possível (Westphal *et al.*, 2012), seguindo critérios ótimos na condição dos órgãos e tecidos. Consideramos que a nossa contribuição no serviço (formação e esclarecimentos) foram essenciais para introduzir novas práticas, gerar mais discussão no seio da equipa multidisciplinar, conduzindo assim a uma potencial melhoria na qualidade dos tecidos e órgãos a colher e transplantar.

Neste contexto desafiador, consideramos que adquirimos conhecimentos e desenvolvemos as competências necessárias nesta área do cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

### **3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), uma situação de emergência advém da agressão causada na pessoa e pode ocorrer geralmente de uma forma violenta e repentina, podendo dessa forma ameaçar a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando essa pessoa em risco de vida, levando à necessidade de uma atuação imediata. No mesmo documento, a situação de exceção é definida como uma situação que se caracteriza pelo desequilíbrio existente entre os recursos disponíveis e as necessidades, carecendo de uma gestão, coordenação e atuação criteriosa dos recursos humanos e técnicos ao dispor. Por seu lado, de acordo com o ponto 2 do artigo 3.º da Lei de Bases da Proteção Civil (2006), a catástrofe é definida como "acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional" (p.4696).

Em situações de emergência, exceção e catástrofe, é função do enfermeiro especialista em EMC-APSC conceber, planejar e gerir a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência nas diferentes situações que enfrenta com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No âmbito desta competência, procedemos à consulta e discussão de orientações e documentação específica de atuação institucional, local, regional e nacional. A nível local (SMI) e institucional pudemos consultar o plano de atuação em catástrofe hospitalar, bem como discutir com enfermeiros especialistas do SMI sobre a sua colocação em prática nesse mesmo serviço, mais especificamente na priorização de evacuação das diferentes pessoas alvo de cuidados e a localização e forma de evacuação das mesmas.

O plano de catástrofe deste HB no seu manual interno de plano de catástrofe (Hospital de Braga, 2023) define 7 objetivos:

- Identificação de riscos e vulnerabilidades do hospital;
- Identificação dos meios e recursos a utilizar e organizar uma estrutura interna;

- Estabelecimento dos critérios e procedimentos necessários para atuação em situações de catástrofe;
- Articulação da atuação dos meios internos com os meios externos de apoio e socorro;
- Estabelecimento de critérios de utilização que evitem a duplicidade de meios, erros e omissões;
- Restabelecimento o normal funcionamento das suas atividades;
- Formação e treino das equipas.

Este plano de catástrofe está focado na atuação do hospital face a uma situação a nível interna e/ou externa, envolvendo a organização física, de recursos humanos e materiais para a resolução da situação de uma forma pronta, eficaz e eficiente. Este plano define também as formas como deve ser divulgado e como deve ser realizada a formação e simulação periódica de forma a otimizar a resposta da instituição em situação real.

Destaca-se ainda, a orientação n.º 007/2010 da Direção-Geral da Saúde (2010) onde são estabelecidas as orientações para a elaboração de planos de emergência nas instituições a nível nacional, para a coordenação integrada dos recursos face a uma situação de crise.

Consultámos também o Plano de emergência interno do HB, bem como todos os documentos disponíveis na intranet neste âmbito, de forma a ter a oportunidade de os discutir com o enfermeiro tutor do estágio, dada a sua vasta experiência na formação em emergência e trauma.

Durante o estágio pudemos canalizar os conhecimentos e competências adquiridas no tratamento do potencial dador de forma a otimizar a resposta dada a outros doentes e o contrário também foi aplicável. Foi essencial a formação em suporte avançado de vida e experiência prévia como facilitadores em situações de emergência interna no SMI, para a tomada de decisão e atuação como *team leader*, na coordenação de várias respostas a doentes em situação de paragem cardiorrespiratória ou de instabilidade.

Ainda no contexto de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe pudemos acompanhar o enfermeiro gestor do serviço de gastroenterologia e sala de hemodiálise na realização de um exercício de simulacro de incêndio. Esta experiência, apesar de não ter ocorrido nos contextos onde decorreu o estágio, permitiu adquirir competências na organização deste tipo de simulacro e coordenação das equipas em situações reais, dos circuitos dos doentes, e na articulação com equipas internas e externas (bombeiros e proteção civil).

### **3.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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.**

No contexto do cuidado à pessoa em situação crítica são inúmeros os contextos nos quais a intervenção do enfermeiro especialista se torna essencial. Em especial, e falando da área do controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, tendo em conta as inúmeras medidas avançadas e invasivas de diagnóstico e terapêutica o enfermeiro especialista tem um papel essencial na manutenção da pessoa em situação crítica e em situações de falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o estágio deparamo-nos com a introdução do STOP Infeção Hospitalar 2.0 com o Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. Contudo, é necessário entender a evolução deste contexto a nível nacional, bem como a própria evolução do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são consideradas uma causa do aumento da mortalidade e morbilidade, prolongando os internamentos, agravando custos em saúde e colocando em risco a segurança do cidadão pela diminuição da qualidade dos cuidados de saúde (Portugal, 2017).

Em 2013, é criado o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), e em 2015 surge a iniciativa *Stop Infeção Hospitalar 1.0*, projeto do PPCIRA da DGS, em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) e com a orientação técnico-científica do Institute for Healthcare Improvement (IHI). É de referir que Portugal era considerado um dos países europeus com maior incidência de infeções hospitalares. Com a implementação deste projeto obteve-se uma redução “de mais de 50% da incidência nas quatro tipologias de infeções hospitalares, nas Instituições participantes, incluindo o HB” (Hospital de Braga, 2023b).

Na continuidade deste projeto, com a finalidade de maximizar e expandir os resultados da 1.ª edição, em setembro de 2022, é lançado o projeto *STOP Infeção Hospitalar 2.0*, que abrange 22 instituições - 39 hospitais, e tem como objetivo reduzir a incidência de quatro tipos de infeção hospitalar em 50%, no prazo de 3 anos: Infeção do local cirúrgico; Infeção da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central; Pneumonia associada a intubação; Infeção urinária associada ao cateter vesical.

No contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, face à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos, pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, a função do enfermeiro

especialista na concepção de planos de intervenção e no desenvolvimento e cumprimento de procedimentos de prevenção e controlo adquire particular importância.

No âmbito da doação de órgãos e tecidos é necessário compreender as implicações que o controlo da infeção poderá ter em todas as fases do processo. Analisando as consequências da pandemia causada pelo vírus COVID-19, de acordo com o European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2021), o ano de 2021 foi extremamente rigoroso para todos os sistemas de saúde a nível internacional dado o impacto da pandemia tanto nas instituições como nas pessoas alvo de cuidados. Esta pandemia trouxe uma necessidade de mobilização de recursos que causou dificuldades ao bom funcionamento das instituições, levando a atrasos em várias áreas de atuação, nomeadamente com implicações nos processos de transplantação e colheita de órgãos, aumentando as listas de espera.

Desde o início da pandemia têm sido ponderados os riscos na área da transplantação, nomeadamente, transmissão entre dador e transplantado. Daí a necessidade de testar o potencial dador previamente a colheita especialmente em casos de possibilidade de transplante de pulmão ou intestino. Os dados relativos aos riscos associados à transplantação de órgãos de um dador infetado por COVID-19 ainda são escassos, no entanto, em casos de necessidade de transplantação, os riscos potenciais devem ser sempre discutidos com o recetor do órgão (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

Infeções latentes ou agudas podem ser transmitidas para o transplantado a partir de um determinado dador, com possíveis consequências na morbilidade e mortalidade do transplantado. Assim, na ausência de tratamento para este recetor, e mediante o risco acrescido de transmissão da infeção ou suspeita de infeção, os órgãos não deverão ser transplantados.

Em casos de infeções provocadas por citomegalovírus, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C ou vírus da imunodeficiência adquirida, os órgãos poderão ser colhidos para doentes específicos, mediante informação prévia e ponderando os riscos associados (prática já realizada em Espanha).

Existem 5 agentes infecciosos que são transmissíveis através da transplantação de órgãos e tecidos:

- Vírus – Infeção do órgão ou tecido a transplantar, com ou sem viremia;
- Bactérias – Colonização ou infeção do órgão ou tecido a transplantar, com ou sem bacteriemia;

- Fungos – Colonização ou infeção do órgão ou tecido a transplantar, com ou sem fungemia;
- Parasitas – por infeção aguda ou latente, com ou sem parasitemia;
- Priões – Infeção por transmissão (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

Associado a este risco de transmissão há que considerar, também, a potencial aquisição de infeção no contexto de SMI, pelo que todos os cuidados padronizados para os doentes destas unidades, devem ser mantidos nos potenciais dadores. A pesquisa de infeção *standard* de acordo com as normas em vigor, devem ser associadas a qualquer avaliação ou diagnóstico de potencial infeção com necessidade de profilaxia ou intervenção pré colheita e transplante.

A prevenção e controlo de infeção foram tema de reflexão e discussão com o enfermeiro tutor e os enfermeiros especialistas nos diversos contextos onde realizámos estágio. Como referido no subcapítulo anterior, destacamos ainda a participação no 4.º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, assim como, a participação no curso pré-congresso em Gestão de Acessos Vasculares, que permitiram adquirir mais conhecimentos sobre a manutenção de diferentes tipos de acessos vasculares e dispositivos associados. As aprendizagens efetuadas no curso e no congresso foram motivo de reflexão com as equipas tendo em vista melhorias na manutenção de acessos vasculares no SMI de forma a contribuir para a prevenção e controlo das IACS, e para a otimização dos potenciais dadores.

No sentido de promover mudanças nas práticas dos serviços onde realizamos o estágio, sugerimos:

- a) A substituição de válvulas unidirecionais por válvulas bidirecionais e o uso da técnica *Push-Stop* para encerramento da via que não esteja a ser utilizada ou após administração de terapêutica. Esta prática permite obedecer aos estabelecido na Norma n.º 022/2015, com atualização em agosto de 2022 relativa ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Esta norma estipula que os pontos de acesso do cateter venoso central devem ser desinfetados com material estéril de uso único, com clorexidina 2% em solução alcoólica ou álcool a 70% por fricção durante 15 segundos (Portugal, 2022). A válvula bidirecional utilizada no SMI é a válvula Bionector de pressão neutra, com baixo volume morto e membrana lisa para desinfecção (Vygon, 2023), sendo assim o único dispositivo disponível no SMI com as características que permitam obedecer

aos pressupostos. Assim, recomendámos a sua utilização no SMI em substituição das válvulas bidirecionais;

- b) A alteração ao procedimento interno de realização de provas de morte cerebral, a utilização de compressas estéreis para estimulação de córnea, uma recomendação da (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022). É essencial manter a qualidade da córnea, preservar o tecido e prevenir a infeção, antes e após a sua colheita. Desta forma será potenciada a colheita de córneas de melhor qualidade e prevenida a infeção do referido tecido. Fatores como a perda de células endoteliais, presença de cicatrizes, edema causado por infeção entre outros problemas podem afetar a aceitação, viabilidade e a qualidade do tecido a ser transplantado, com possíveis implicações no doente transplantado (Santos *et al.*, 2010);
- c) A recomendação de continuação da nutrição no potencial dador, quando tolerada, pelo aporte contínuo de nutrientes, manutenção de níveis de glicogénio no fígado, e como uma forma efetiva de prevenir a translocação bacteriana (Belmonte *et al.*, 2020), mantendo também a viabilidade dos tecidos (intestino) com potencial de transplantação - uma medida de fácil aplicação e com influência em diversas áreas da doação.

Em conclusão, podemos afirmar que este estágio, realizado em três contextos, se revelou uma oportunidade de refletir no contexto de trabalho sobre as práticas e procedimentos recomendados pela evidência científica e pelas instituições de referência nesta área.

A “prática reflexiva (*reflective practice*) pode ser vista como um método específico de trabalho, cujo objetivo é permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática profissional. É possível definir esse método como a "arte de crescimento intrínseco" por meio da reflexão, com o propósito de achar uma solução.” (Netto *et al.*, 2018, p. 5). Este método de trabalho acompanhou o nosso percurso/desenvolvimento de competências, promovendo uma intervenção sustentada na área da pessoa em situação crítica, como futuro enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

**PARTE II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO  
PROCESSO DE DETECÇÃO E MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR**

## **1. EVOLUÇÃO DA TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL**

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, com o aumento da esperança média da vida graças aos enormes progressos na área da ciência e da tecnologia em geral, e da medicina em particular, temos assistido igualmente ao aumento de patologias e falências em consequência não só do estilo de vida, mas também resultantes da idade.

Face a esta realidade, e perante uma situação de escassez de órgãos para transplantação a nível nacional e internacional, vários países, incluindo Portugal, têm procurado desenvolver estratégias que permitam combater este problema.

Para compreender a problemática, é necessário perceber as implicações que esta tem nos níveis de morbilidade e mortalidade, bem como nos custos, não só individuais, mas também institucionais, do tratamento da pessoa em lista de espera para transplantação.

A transplantação, e consequente o processo de doação, deteção do dador e sua manutenção tem evoluído historicamente a um ritmo elevado.

Sabemos que a área da saúde, e concretamente as áreas da Enfermagem e da Medicina, se encontra em constante evolução, contribuindo para o aumento significativo da qualidade de vida das pessoas. O processo de transplantação tem assim beneficiado destes avanços científicos, com impacto nas etapas inerentes, ou seja, desde a deteção de dador compatível até ao momento em que o doente transplantado passa a viver uma nova vida com melhorias significativas, mas que ainda assim carece de tratamento e vigilância.

A história da transplantação em si está rodeada de mitos, lendas, relatos passados de pessoa a pessoa, todos estes de eras mais longínquas do que seria possível antever, o que denota desde já uma noção eximia do funcionamento do corpo humano e os seus órgãos.

No século XIII temos um dos primeiros relatos de transplantação entre humanos. Neste caso, o quadro de Fra Angélico apresenta o procedimento executado pelos santos e irmãos Cosme e Damião (Periz & Sanmartín, 2004). Estes indivíduos, árabes cristãos ficaram imortalizados na obra de Fra Angélico pela representação do transplante da perna de um mouro que teria falecido dias antes para a perna de um sacristão que teria nesse caso gangrena no membro amputado. Sendo visível nesta mesma imagem a diferença de cor do membro transplantado para a cor do recetor.

Além deste e muitos outros relatos, encontramos também os exemplos de restauro de narizes mutilados e outras partes do corpo. Sendo esta e outras práticas adotadas na Europa, mas tendo a sua origem em inúmeras partes diferentes do mundo.

Nem sempre os relatos, registos e histórias na área da transplantação foram de atos bem-sucedidos. Tal como nos restantes campos da medicina, houve imensos contratempos até chegarmos à atualidade. A título de exemplo, refira-se o caso de rins transplantados de animais no início do século XX que forneciam um suporte temporário ao transplantado, mas com falência quase imediata. O primeiro transplante de rim entre humanos terá ocorrido em 1936, pelas mãos de Yu Yu Voronoy, utilizando técnicas de anastomose desenvolvidas por Alexis Carrel e Mathieu Jabulay em 1902. Com o intuito de salvar a vida de doentes com intoxicação por mercúrio, terá realizado o transplante deste órgão, mas sem sucesso, dado que o recetor faleceu devido a complicações associadas a um fenómeno de rejeição e má preservação do órgão transplantado (resultante da perceção de que mantendo o órgão a temperatura do corpo a preservação seria mais adequada).

Desde a época em que se situam estes relatos, o conhecimento e as técnicas no campo da transplantação de órgãos e histocompatibilidade tem evoluído de uma forma rápida. Consequentemente, em 1969 no mesmo dia em que o homem pisou pela primeira vez a lua, foi realizado o primeiro transplante de rim em Portugal - um passo gigante para a população portuguesa. É com Alexandre José Linhares Furtado que, em junho de 1969, se realiza o primeiro transplante renal com dador vivo. Sendo o mesmo médico responsável também pela primeira colheita de rins de cadáver com posterior transplantação bem-sucedida em Junho de 1980.

Em território nacional, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (Estatutos aprovados pela Portaria n. 165/2012) é a entidade que garante e regula, a nível nacional, a atividade da medicina transfusional e da transplantação.

Em Portugal, todo o cidadão que não se inscreva no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) poderá ser dador. No entanto tudo dependerá de um conjunto de condições, nomeadamente, a morte do potencial dador terá de ocorrer numa instituição hospitalar de forma garantir uma colheita adequada dos órgãos e tecidos e também de forma a garantir que todas as provas de avaliação do dador são realizadas. No caso de dador vivo, outras condições se aplicam dado o carácter voluntário da doação, sendo necessário ser um dador maior de idade que goze de boa saúde física e mental (Instituto Português do Sangue e da Transplantação IP, 2023)

A regulamentação da colheita e transplantação de órgãos em humanos, a nível nacional, apenas surge então com a Lei n.º 12/93. No seguimento desta lei, a 11 de outubro de 1994, a Ordem Médicos emana sob a forma de uma declaração aquele que é o documento base para a certificação de morte cerebral (Ordem dos Médicos, 1994).

A 26 de Dezembro do mesmo ano é então regulamentada a atividade do RENNDA com o lançamento do Decreto-Lei n.º 244/94.

Em 2007, a Lei n.º 22/2007<sup>7</sup>, de 29 de junho, preconiza uma grande alteração que consiste na admissibilidade para dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis independentemente da existência de consanguinidade entre o dador e o recetor.

O surgimento da Entidade de Verificação da Admissibilidade da colheita para Transplante (EVA) com o Despacho n.º 26951/2007, de 26 de novembro, alterado no Despacho n.º 9252/2019, de 14 de outubro, vem criar uma entidade com a competência de emissão de parecer sobre a admissibilidade de dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis para posterior transplantação. Esta entidade tem o papel de garantir que estes atos são feitos de forma livre, esclarecida, informada, inequívoca e mantendo os princípios de altruísmo e solidariedade íntegros neste processo.

Com o Despacho n.º 257/96, de 3 de setembro, revogado parcialmente pelo Decreto Regulamentar n.º 67/2007, de 29 de maio, passa a haver uma designação da atividade dos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT), permitindo que estas entidades possam organizar de forma eficaz a atividade de colheita e transplantação. A Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, veio regulamentar a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação, constituída pelos coordenadores hospitalares de doação e pelos gabinetes coordenadores de colheita e transplantação.

Dada a atual escassez de órgãos e toda a evolução nesta área, em 2015 é publicada a Portaria n.º 16/2015, de 23 de janeiro, que regulamenta o processo de colheita de órgãos e tecidos após paragem circulatória refratária, sendo a primeira colheita deste tipo realizada no Hospital de São João, no Porto, em 2016. Com os despachos n.º 9063/2017 e n.º 9731/2018 alarga-se então o projeto-piloto destinado a otimizar a doação de órgãos em dador em paragem cardiocirculatória refratária a outros hospitais do país que detém os meios para a realização deste processo.

---

<sup>7</sup> Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Diretiva 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.

## **2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DETECÇÃO E MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR**

Existem inúmeras causas para a atual escassez de órgãos para transplantação, nomeadamente, a falha na deteção e referenciação do potencial dador (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

A nível nacional, todo e qualquer cidadão é um potencial dador de órgãos e tecidos, a não ser que esteja devidamente inscrito no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Assim, cada doação tem de ser entendida como uma dádiva da pessoa a outra pessoa de forma a prolongar e proporcionar uma vida com qualidade. Tal como referido por Matos (2015), “sem doação não há transplantação” e sem conhecimentos e estratégias adequadas de captação e deteção de potenciais dadores, teremos consequentemente um menor número de pessoas submetidas a transplante com reflexos na melhoria da sua qualidade de vida.

Vivemos numa sociedade envelhecida, com um aumento consequente de problemas como hipertensão, diabetes e obesidade, razões que contribuem para o crescente número de doentes em lista de espera para transplantação (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

A transplantação não existe sem riscos, e apenas mantendo critérios restritos em termos de qualidade e segurança na referenciação e manutenção do potencial dador, é possível otimizar o processo de aceitação dos órgãos por parte do transplantado (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

A doação de órgãos, como referido, é um processo complexo que envolve uma sequência de etapas, desde a deteção à manutenção do potencial dador. De seguida abordaremos este processo na perspetiva da intervenção de enfermagem à pessoa e família neste âmbito.

### **2.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA DO POTENCIAL DADOR**

A doação de órgãos e tecidos é um processo complexo que envolve diferentes etapas, como: identificação do possível dador, diagnóstico de morte encefálica, manutenção do potencial dador, entrevista familiar para doação, logística para processo de colheita, distribuição dos órgãos e liberação do corpo (Senna *et al.*, 2020).

O acompanhamento deste processo deu-se na sua maior parte no HB, onde os critérios de admissibilidade para potencial doação são:

- Score na escala de coma de Glasgow de 3 e ausência progressiva de pelo menos 3 dos seis reflexos do tronco cerebral (referência obrigatória);
- Anoxia cerebral, Tumor do sistema nervoso central, Infecção do sistema nervoso central, Trauma Cerebral – Escala de Coma de Glasgow inferior a 6 (referência recomendada);
- Lesão Cerebral Isquêmica, Hemorragia Intracerebral – National Institute of Health Stroke Scale inferior superior a 27, *Hunt-Hess* superior a 4, Escala de Coma de Glasgow inferior a 6 (referência recomendada);
- Ausência de contraindicação para a dádiva (Hospital de Braga, 2021b).

As equipas do SMI e de Emergência Médica têm acesso privilegiado aos doentes críticos com potencial de evolução para Morte Cerebral e posterior doação de órgãos e tecidos.

Como referido ao longo deste relatório, o SMI é o serviço responsável pela manutenção do potencial dador, por ser o local onde se concentram os meios e o conhecimento necessários para a avaliação do possível dador, diagnóstico de morte cerebral (semiologia) e também a capacidade de manutenção do dador em morte cerebral, desde a sua deteção até ao momento de mobilização para o processo de colheita e distribuição dos órgãos colhidos.

## 2.2. A FAMÍLIA COMO INTERVENIENTE NO PROCESSO

A família é um dos principais componentes para a doação de órgãos e tecidos (Fernández-Alonso *et al.*, 2022), e consequentemente, para a promoção de resultados positivos da doação. Tendo em vista este propósito, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam todos os esforços para facilitar este processo.

O papel das famílias no contexto da doação vai além da receção de informações. O fluxo da informação é bilateral na medida em que é necessário também rastrear dados relacionados com o histórico de saúde do potencial dador. Além do processo de consulta do RENNDA e declarações antecipadas de vontade por parte do potencial dador, o processo de comunicação com a família é essencial para um entendimento das crenças e valores que influenciam a vivência do potencial dador e família, e assim potenciar uma experiência com menor carga de *stress* para os intervenientes.

É neste processo de colaboração que o enfermeiro mediante a sua interação com a família inicia a avaliação e prevenção de SPICI-F e potencia o processo de adaptação a uma nova realidade às pessoas significativas do potencial dador.

O estabelecimento de uma relação de confiança é essencial para a promoção de uma cultura de aceitação do processo de doação por parte das famílias. Assim, adotamos o modelo conceitual proposto por Myra Levine como forma de construção da prática do enfermeiro perante uma situação de potencial doação. O pressuposto deste modelo é de que o indivíduo é um ser complexo e dinâmico com capacidade de adaptação às diferentes interações com o ambiente circundante. Este processo de adaptação é alcançado por um conjunto de respostas fisiológicas e comportamentais com o intuito de alcançar estabilidade e conservação do ser com recurso ao menor gasto de energia possível. E neste contexto apenas na compreensão do indivíduo como um “todo” mediante as suas características influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, será possível ao enfermeiro desenvolver cuidados que promovam a saúde da pessoa e família (Moreira *et al.*, 2022).

### 2.3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Os enfermeiros são profissionais que detêm conhecimentos e competências essenciais para atuar em conformidade com os critérios para iniciar o diagnóstico e cuidados à pessoa em morte cerebral (Senna *et al.*, 2020). Além dos protocolos existentes nos serviços de contacto com a pessoa e família em situação crítica, os protocolos de deteção e manutenção do potencial dador são executados quase exclusivamente no SMI. É ainda função do enfermeiro a garantia do cumprimento dos princípios éticos, morais, legais e culturais do potencial dador e família.

Sendo este o profissional que detém maior contacto com a pessoa e família dado o tempo de presença junto destes, considera-se que a sua atuação pode ter influência na aceitação da doação das famílias que têm dúvidas sobre esse processo. Os enfermeiros têm também a capacidade e a responsabilidade de identificar cuidados específicos e ajudar as famílias a enfrentar e aceitar a perda e o processo de doação (Fernández-Alonso *et al.*, 2022).

Para além destas responsabilidades, os enfermeiros desempenham um papel essencial na boa gestão do processo de doação, nomeadamente, ao nível do controlo da infeção, da gestão dos cuidados e da formação no que concerne ao cuidado no potencial dador e família, desta forma promovendo o aumento e qualidade dos órgãos obtidos.

A formação e aquisição de competências são a base fundamental para a prestação de cuidados adequada ao potencial dador. Só mediante uma base firme de conhecimento e competências poderá o enfermeiro adaptar a sua resposta perante instabilidade inerente à situação do doente ou na família. Assim, a gestão dos cuidados com uma

planificação personalizada às necessidades do indivíduo e família será mais eficiente. Esta base firme de conhecimento é também essencial no controlo da infeção. Uma boa prevenção com execução meticulosa dos protocolos e linhas guia para procedimentos como a manipulação de acesso venoso central, nutrição, e uso correto de material e equipamentos, permitem a manutenção da qualidade dos órgãos a doar e a prevenir possíveis complicações associadas aos cuidados.

Neste contexto, com a finalidade de compreender a intervenção do enfermeiro no processo de deteção e manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos, realizámos um estudo sobre esta problemática que abordaremos de seguida.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

Neste capítulo abordaremos as opções metodológicas, nomeadamente, a problemática, os objetivos e tipo de estudo, os contextos e os participantes, bem como os procedimentos para a recolha e análise dos dados, e ainda as considerações éticas.

#### **3.1. PROBLEMÁTICA E OS OBJETIVOS DO ESTUDO**

A escassez de órgãos para colmatar as necessidades de transplantação a nível nacional e internacional, está documentada e tem sido objeto de discussão na comunidade científica e na comunidade em geral.

A doação de órgãos e respetiva transplantação é um processo complexo que requer formação e treino constantes para otimizar a resposta das equipas de saúde. Um dos maiores obstáculos para o aumento de órgãos para doação é a falta de informação/conhecimentos sobre o funcionamento e importância do processo de doação e transplantação de órgãos e tecidos (Araújo & Siqueira, 2023). Neste contexto, os enfermeiros assumem particular relevância nas equipas envolvidas nestes processos de transplantação, o que nos leva a procurar compreender a realidade local onde desenvolvemos a nossa atividade profissional.

Desta forma, é nossa questão de partida: quais as práticas do enfermeiro nos processos de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos?

Com base nesta problemática, realizámos um estudo cuja finalidade é contribuir para a otimização do processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos de forma a dar resposta às necessidades a nível local, nacional e internacional no âmbito da transplantação de órgãos.

Definimos como objetivo geral do estudo:

- Conhecer as práticas dos enfermeiros no processo de detecção e manutenção do potencial dador.

E como objetivos específicos:

- Descrever as intervenções do enfermeiro na detecção e manutenção do potencial dador;
- Identificar os fatores que interferem nas práticas do enfermeiro para a otimização do processo de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos;
- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros na área de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.

### 3.2. TIPO DE ESTUDO

Com base nos objetivos definidos, optou-se por um estudo exploratório-descritivo, inscrito na abordagem qualitativa, já que esta abordagem visa a compreensão dos “fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin *et al.*, 2009, p. 221).

Esta metodologia permite que o investigador faça uma reconstrução da realidade com sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo, tendo como base as suas ideias e vivências (Fortin *et al.*, 2009). São estas vivências o foco primordial do investigador na busca pela compreensão do fenómeno em estudo no seu ambiente natural. Possibilitando assim “descrever um fenómeno ainda mal conhecido” (Fortin *et al.*, 2009, p. 215), e determinar os conceitos relacionados com o fenómeno e com operacionalização das variáveis.

Esta abordagem permite, ainda, o desenvolvimento do conhecimento através da interpretação e descrição dos fenómenos, não de forma a avaliar, mas sim de forma a dar um sentido, aumentando a familiaridade com o problema, geralmente pouco estudado. A intenção será tornar esse problema explícito e assim facilitar uma posterior investigação mais aprofundada, permitindo assim conhecer características de determinada população ou fenómeno.

No caso da abordagem qualitativa, a recolha de dados e respetiva análise carecem do contacto com indivíduos que interagem com o fenómeno a ser estudado, assim, este reconhecimento da sua experiência como algo pertinente para compreensão desse

fenómeno é a base para a realização desta mesma abordagem (Fortin *et al.*, 2009), ou seja, “O investigador escolhe um fenómeno, estuda-o em profundidade, no seu conjunto, reúne e liga várias ideias entre si, a fim de construir uma nova realidade que tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo. Segundo este paradigma, a base do saber é a significação, a descoberta, o carácter único do processo” (Patton, 1990, cit. por Fortin, 2009, p.31). Este envolvimento da equipa na construção de conhecimento útil para a sua prática diária e desenvolvimento em prol da maior qualidade nos cuidados foi um agente motivador para a realização deste estudo.

No âmbito desta “relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito” (Vilelas, 2020, p. 199), independentemente da subjetividade do sujeito podem ser atribuídos significados e os fenómenos podem ser interpretados. Este ambiente natural de interação dos sujeitos alvo do estudo passa a ser a fonte direta para a recolha de dados (Vilelas, 2020).

### 3.3. CONTEXTO E PARTICIPANTES NO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no âmbito do ENP parte integrante do MEMC. A área de interesse por nós selecionada foi a doação de órgãos e tecidos, pelo que o estudo se realizou no Serviço de Urgência e SMI.

De acordo com o European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2022), o serviço de urgência é uma unidade de elevada importância, onde possíveis dadores de órgãos e tecidos podem ser identificados. Por outro lado, o SMI é o local por excelência de manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos. Independentemente do serviço, onde seja detetada a indicação para ventilação com fins não terapêuticos para potencial doação, a transferência para o SMI neste contexto é inevitável, dada a necessidade de monitorização, ventilação e manutenção exigidas após morte por critérios neurológicos.

A deteção precoce e manutenção com uma resposta rápida às alterações fisiológicas consequentes do processo de morte cerebral, exigem o tratamento do potencial dador de órgãos e tecidos em serviços de cuidados à pessoa em situação crítica, dotados de profissionais especializados e experienciados nesta área.

Como referido na primeira parte, o HB, onde se realiza o estudo, dispõe de um SMI, subdividido em duas unidades, o SMI 1 com 14 camas para doentes de nível III e o SMI 2 com 18 camas para doentes de nível II. O SMI é composto por 84 enfermeiros, 19 médicos e 29 assistentes operacionais.

O Serviço de Urgência subdivide-se em unidade de decisão clínica 1, unidade de decisão clínica 2, unidade de decisão clínica 3, área médica, área de trauma, triagem, sala de emergência, e detém também a unidade de cuidados intermédios – unidade de acidente vascular cerebral. A equipa é composta por 135 enfermeiros, um número variável de médicos de acordo com os horários de cobertura das especialidades e um número variável de assistentes operacionais já que estes últimos partilham também funções de “maqueiro” no hospital.

Dado o tema abordar e os contextos referidos, a população alvo do estudo é constituída pelos enfermeiros especialistas em EMC dos serviços de Urgência e de Medicina Intensiva, tendo sido definido como critério de inclusão: prestar cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos e tecidos.

Assim, recorremos a uma amostra não-probabilística intencional. De acordo com Vilelas (2020), a escolha não é feita de forma arbitrária e são designadas características consideradas relevantes para o investigador.

Definida a população alvo e o critério de inclusão, foram selecionados dez enfermeiros especialistas com experiência na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos e tecidos, do Serviço de Urgência e cinco do SMI.

### 3.4. RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Um instrumento de recolha de dados é um recurso a que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e deles extrair informação (Vilelas, 2020). Neste sentido, para a recolha de dados utilizámos a entrevista semiestruturada.

Este tipo de entrevista exige que o investigador siga um conjunto de questões previamente definidas, ou seja um guião com as grandes linhas dos temas a explorar (Fortin *et al.*, 2009; Vilelas, 2020). Desta forma, com base nos objetivos definidos, foi construído um guião de entrevista (Apêndice C) que contempla quatro áreas temáticas. Para avaliar se as questões colocadas eram de fácil compreensão, o guião foi previamente testado com duas entrevistas a elementos do Serviço de Urgência e do SMI, não tendo sido necessário proceder à sua reformulação.

De forma a tornar o processo de entrevista mais cómodo e facilitar um ambiente sem interrupções ou interferências de fatores externos, todas as entrevistas foram realizadas antes ou depois da jornada laboral, de acordo com a preferência dos entrevistados, numa sala de reuniões do SMI.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 1 e 12 de Fevereiro de 2023. De forma geral, a duração da entrevista foi de cerca de 20 a 30 minutos, não havendo um limite de tempo para os entrevistados responderem às questões colocadas e desenvolverem os temas. As entrevistas tiveram como suporte de registo, a gravação do áudio, tendo sido, posteriormente, transcritas para um ficheiro *Word*.

Após a recolha de dados segue-se a fase da análise dos mesmos, que tem como função a “compreensão do significado que as pessoas atribuem aos fenómenos em análise, mais do que propriamente a interpretação dos mesmos” (Vilelas, 2020, p. 430).

Segundo Bardin (2022, p. 11), autor selecionado para o tratamento dos dados resultantes das entrevistas, a análise de conteúdo é “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos diversificados”, e este conjunto de instrumentos e técnicas servem para realizar uma descrição dos conteúdos das mensagens recebidas.

Esta análise decorre em três fases orientadoras:

- Pré-análise;
- Exploração do material;
- Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2022).

A primeira fase, designada por pré-análise, consiste na organização de toda a informação/dados que constituem o *corpus* de análise fornecido pelas entrevistas. Esta leitura inicial do conteúdo das transcrições permite que as leituras seguintes passem a ser mais precisas e objetivas.

Posteriormente, na fase de exploração do material, é realizada uma codificação que não é mais que uma transformação dos dados brutos do texto em unidades de registo, o que irá facilitar a compreensão e organização do conteúdo. Segue-se a categorização, que levará a um aprofundamento do significado de cada uma das unidades de registo, constituindo a base do reagrupamento das mesmas em categorias.

Por último, a fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada à atribuição de significado mediante uma interpretação dos resultados obtidos. Esta análise de conteúdo está resumida numa matriz de redução de dados (Apêndice D) que permite uma tradução da visão e significado atribuído pelos participantes relativamente às temáticas abordadas na entrevista.

### 3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento deste estudo teve como participantes, enfermeiros especialistas que prestam cuidados em contexto hospitalar, e mais precisamente, à pessoa em situação crítica e família. Considerando que o presente estudo envolve seres humanos, foram respeitadas as recomendações do Código de Nuremberga e da Declaração de Helsínquia sobre os princípios éticos relacionados com os participantes, e ainda a recomendação N.º 1/CNECV/2018 sobre Integridade na Investigação Científica. Foram ainda garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

De forma a garantir a os princípios éticos necessários para preservar os direitos dos participantes, foram realizados os procedimentos que se seguem:

- Pedido de autorização junto do Conselho de Administração do HB, enfermeiros-chefes e diretores dos serviços abrangidos pelo estudo;
- Submissão do projeto de investigação junto da comissão de ética e proteção de dados do HB;
- Obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo com explicação e informação dada a todos os participantes;
- Garantia de preservação de confidencialidade e anonimato através de procedimentos que incluem a pseudoanonimização dos dados recolhidos, encriptação dos dados e armazenamento em computador protegido por palavra-passe, tal como expresso no processo de submissão do projeto de investigação.

Todos os dados tratados foram preservados nas aplicações disponíveis *One Drive*, *Outlook*, *Word* e *Excel*, precedido da concordância com o consentimento informado assinado pelo entrevistador e entrevistado, introdução de um código pessoal (pseudoanonimização) e com preservação dos dados até ao final do estudo. Após este período todos os dados (gravações e transcrições) foram eliminados permanentemente.

#### 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a leitura atenta das entrevistas realizadas aos enfermeiros do Serviço de Urgência e SMI, passamos a apresentar, analisar e discutir os dados obtidos.

O quadro que se segue apresenta a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes relativamente à idade, sexo, formação académica, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na área da pessoa em situação crítica.

**Quadro 1-** Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

|                                                                                           |                                                                   | N.º Enfermeiros |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Idade (anos)                                                                              | 30-34                                                             | 4               |
|                                                                                           | 35-39                                                             | 4               |
|                                                                                           | 40-44                                                             | -               |
|                                                                                           | ≥45                                                               | 2               |
| Sexo                                                                                      | Masculino                                                         | 2               |
|                                                                                           | Feminino                                                          | 8               |
| Formação académica                                                                        | Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica (CPLEMC) | 1               |
|                                                                                           | Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (MEMC)                    | 9               |
| Tempo de exercício profissional (anos)                                                    | 5-9                                                               | 2               |
|                                                                                           | 10-14                                                             | 6               |
|                                                                                           | 15-19                                                             | -               |
|                                                                                           | ≥20                                                               | 2               |
| Tempo de exercício profissional na área da enfermagem à pessoa em situação crítica (anos) | 5-9                                                               | 3               |
|                                                                                           | 10-14                                                             | 5               |
|                                                                                           | 15-19                                                             | -               |
|                                                                                           | ≥20                                                               | 2               |

Quanto à idade, a maior parte dos participantes (8) têm idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos. À semelhança do que se verifica na profissão, a maior parte dos participantes (8) é do sexo feminino.

Relativamente à formação académica, todos os participantes detêm o título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, nove possuem o MEMC e um detém o CPLEMC.

No que se refere ao tempo de exercício profissional, a maioria dos participantes (oito) exerce funções como enfermeiro há mais de dez anos.

Quanto ao tempo de exercício profissional na área da pessoa em situação crítica, a maioria dos elementos (cinco) tem entre 11 e 14 anos de experiência, dois com experiência superior a 20 anos e 3 (três) com experiência compreendida entre 5 e 9 anos.

A esta fase está inerente um processo de reflexão, de sustentação dos significados atribuídos recorrendo a resultados de estudos realizados por vários autores já que a nossa intenção com a investigação é na realidade fazer inferências válidas que consistam “na explicitação, e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo” (Bardin, 2022, p. 44), fazendo uma interpretação final fundamentada.

A partir das áreas temáticas definidas *a priori* estabeleceram-se as categorias e subcategorias, com base na atribuição de significado aos fenómenos e compreensão dos mesmos, conforme se pode visualizar no quadro 2:

**Quadro 2** - Detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos - intervenção do enfermeiro.

| Área temática                                                                                                                                   | Categoria                                                 | Subcategoria                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>1 - Intervenções realizadas pelos enfermeiros no processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.</b>             | Manutenção do potencial dador                             |                                                  |
|                                                                                                                                                 | Deteção do potencial dador                                |                                                  |
|                                                                                                                                                 | Interação com a família                                   |                                                  |
| <b>2 - Fatores que interferem na intervenção do enfermeiro no processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.</b>   | <b>Fatores limitadores</b>                                | Sobrecarga de trabalho                           |
|                                                                                                                                                 |                                                           | Falta de conhecimento na área                    |
|                                                                                                                                                 |                                                           | Falta de conhecimento da parte da família        |
|                                                                                                                                                 |                                                           | Falta de comunicação interdisciplinar            |
|                                                                                                                                                 |                                                           | Escassez de equipamentos                         |
|                                                                                                                                                 |                                                           | Falta de experiência profissional                |
|                                                                                                                                                 |                                                           | Comunicação interdisciplinar                     |
|                                                                                                                                                 | <b>Fatores favorecedores</b>                              | Experiência profissional da equipa de Enfermagem |
|                                                                                                                                                 |                                                           | Formação                                         |
|                                                                                                                                                 |                                                           | Experiência profissional da equipa médica        |
| <b>3 - Necessidades formativas dos enfermeiros para intervir no processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.</b> | Conhecimentos sobre o processo de deteção e/ou manutenção |                                                  |
|                                                                                                                                                 | Conhecimentos sobre critérios de inclusão e exclusão      |                                                  |
| <b>4 - Estratégias de otimização dos processos de deteção</b>                                                                                   | Formação contínua                                         |                                                  |
|                                                                                                                                                 | Potenciar a comunicação na equipa multidisciplinar        |                                                  |

|                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>e/ou manutenção potencial dador de órgãos e tecidos.</b> | Potenciar o envolvimento da família                                        |
|                                                             | Dinamização da equipa hospitalar coordenadora de colheita e transplantação |

Nos subcapítulos que se seguem, passamos a apresentar a análise efetuada por área temática e respetivas categorias e subcategorias sustentadas pelos discursos dos participantes.

#### 4.1. INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

Após a análise do conteúdo das entrevistas, nesta área temática foi possível criar três categorias: manutenção do potencial dador, deteção do potencial dador e interação com a família, conforme quadro 3:

**Quadro 3** - Intervenções realizadas pelos enfermeiros no processo de manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.

| <b>Categoria</b>                     | <b>Unidades de Significado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Manutenção do potencial dador</b> | <p><i>“(…) Tudo que seja necessário para manter a estabilidade hemodinâmica do doente. Intervenções farmacológicas, não farmacológicas que contribuam para manter a estabilidade (…)” E1</i></p> <p><i>“Normalmente estamos mais direcionados para a questão da recuperação do doente [à entrada na sala de emergência] (…) ainda não pensamos tanto em termos de dadores (…)” E2</i></p> <p><i>“Não tanto nosso, mas passa um bocadinho por nós quando fazem as provas de morte cerebral, usar material estéril (..) para não danificar a córnea por exemplo (…)” E3</i></p> <p><i>“(…) a vigilância e monitorização... cuidar a parte tegumentar [posicionamentos de forma regular] (..) a nossa vigilância é extremamente importante, porque dependendo do tempo que decorre entre o momento em que é considerado morto até a colheita, a instabilidade do doente também é muito grande (…)” E4</i></p> <p><i>“A avaliação pupilar, do estado de consciência através de estímulo doloroso, a avaliação da pressão intracraniana e avaliação da hemodinâmica.” E5</i></p> <p><i>“quando há essa identificação, nesse tipo de doentes as intervenções que existem são as mesmas do início da manutenção do doente crítico (…)” E7</i></p> <p><i>“A nossa abordagem aqui é mesmo tentar estabilizar o doente o máximo possível e termos uma vigilância apertada.” E9</i></p> <p><i>“(…) acho que o nosso papel é menos, tem menos peso na deteção, o do enfermeiro, mas tem mais peso na manutenção... Em termos mais minuciosos nós somos essenciais na manutenção, em toda a manutenção do equilíbrio hemodinâmico do doente e no manuseio da via aérea pela possível doação de pulmão... ter cuidado com as aspirações de secreções.” E10</i></p> |

| Categoria                         | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deteção do potencial dador</b> | <p>“(…) mais da parte da equipa médica. Mas por vezes em equipa acaba por se discutir ou até por ser um enfermeiro a lembrar (…)” E1</p> <p>“(…) às vezes é questionada a parte médica [por parte dos enfermeiros] se há ou não essa intenção. Outras vezes somos nós mesmo que nos lembramos (…)” E2</p> <p>“a deteção é muito médica (…) cabe-nos muito mais só a manutenção.” E6</p> <p>“(…) a minha perceção é que esta questão dos dadores de órgãos é só se alguém se lembra [depois de esgotadas as opções de tratamento e em discussão na equipa] (…)” E8</p> <p>“A nível de deteção, acho que podíamos fazer mais (…) Poderíamos ser mais interventivos no sentido de falar com a equipa (…) no sentido de perguntar se realmente há alguma possibilidade de ser um potencial dador.” E9</p> |
| <b>Interação com a família</b>    | <p>“Tentamos integrar a família nisto, embora também esteja muito direccionado para a parte médica, na comunicação e o processo todo até ao final.” E6</p> <p>“(…) o que tento sempre fazer é acompanhar o médico na decisão e na informação à família, em dizer o estado do doente, acho que devem ser sempre ambos os profissionais [médico e enfermeiro] a fazer.” E9</p> <p>“Na manutenção, temos um papel preponderante e acho que não só nos cuidados em enfermagem, mas digamos assim mais minuciosos, desde o cuidado ao corpo do doente, mas sim, em toda a área abrangente, desde o acolhimento à família, desde o momento em que a família toma a perceção da possível doação dos órgãos do seu familiar.” E10</p>                                                                         |

Relativamente à categoria **Manutenção do potencial dador** obtivemos um total de oito unidades de significado. Após a sua análise, pelos discursos dos participantes é possível constatar que o tratamento dos doentes potenciais dadores e de um doente crítico com intervenção de fins curativos é similar, como afirmado no seguinte discurso:

*“quando há essa identificação, nesse tipo de doentes as intervenções que existem são as mesmas do início da manutenção doente crítico (…)” E7*

A intervenção do enfermeiro passa por garantir uma vigilância criteriosa do potencial dador, visto que as diferentes fases que ocorrem durante o processo de morte cerebral, e posteriormente a fase que precede a doação exigem estratégias e intervenções farmacológicas e não farmacológicas que visam manter a estabilidade do potencial dador e a qualidade dos órgãos a colher, como referido nos discursos que se seguem:

*“(…) a vigilância e monitorização (…) cuidar a parte tegumentar [posicionamentos de forma regular] (…) a nossa vigilância é extremamente importante, porque dependendo do tempo que decorre entre o momento em que é considerado morto até a colheita, a instabilidade do doente também é muito grande (…)” E4*

*““(…) acho que o nosso papel é menos, tem menos peso na deteção, o do enfermeiro, mas tem mais peso na manutenção... Em termos mais minuciosos nós somos essenciais na manutenção, em toda a manutenção do equilíbrio hemodinâmico do*

*doente e no manuseio da via aérea pela possível doação de pulmão... ter cuidado com as aspirações de secreções.” E10*

Na manutenção e vigilância para preservação e otimização dos órgãos e tecidos, os participantes referem que o seu papel primordial se remete à vigilância continua e intervenção face às alterações decorrentes do processo de morte cerebral e com as consequentes instabilidades hemodinâmicas. Referem ainda ter um papel de colaboração no processo de diagnóstico de morte cerebral, dados os pressupostos definidos pela Ordem dos Médicos (1994), seguidos a nível nacional. Os cuidados prestados à pessoa em morte cerebral são cuidados comuns aos realizados à pessoa em situação crítica (Magalhaes *et al.*, 2018), daí a intervenção ser mais direccionada para o processo de estabilização do doente. A manutenção do potencial dador constitui uma área de intervenção do enfermeiro relevante mencionada pela maioria dos entrevistados, para a qual se sentem capacitados fruto da experiência na área do cuidado à pessoa em situação crítica, fenómeno descrito por Hancock *et al.* (2017).

No que se refere à **Deteção do potencial dador**, pelos discursos dos entrevistados, podemos verificar que a intervenção neste âmbito é da responsabilidade da equipa médica. Contudo, os enfermeiros podem ser mais interventivos na comunicação relativa à deteção dos potenciais dadores, emergindo a necessidade de trabalhar a comunicação interdisciplinar:

*“(...) mais da parte da equipa médica. Mas por vezes em equipa acaba por se discutir ou até por ser um enfermeiro a lembrar (...)” E1*

*“A nível de deteção, acho que podíamos fazer mais. (...) Poderíamos ser mais interventivos no sentido de falar com a equipa ... no sentido de perguntar se realmente há alguma possibilidade de ser um potencial dador.” E9*

A comunicação interdisciplinar é, assim, essencial para direccionar as intervenções junto da pessoa e família do potencial dador.

A participação limitada dos enfermeiros na deteção de potenciais dadores, pode dever-se à falta de conhecimentos sobre os critérios de inclusão e exclusão, que conduzem a uma menor confiança para a participação neste processo. A formação na área da doação de órgãos é considerada como facilitadora da intervenção do enfermeiro na deteção melhorando a rapidez de resposta às alterações ocorrentes no processo, sendo este facto corroborado por Tolfo e Camponogara (2016).

Quanto à **Interação com a família**, tendo em conta a presença contínua do enfermeiro junto da pessoa em situação crítica, a sua intervenção junto da família pode e deve ser promovida. Verifica-se, no entanto, que a informação mais complexa como a

comunicação de más notícias ainda se mantém como um ato executado apenas pelo médico, desvalorizando-se a participação do enfermeiro neste contexto. Na perspetiva dos enfermeiros, é importante fomentar uma cultura de comunicação com a família em contexto de equipa multidisciplinar a atuar em sinergia, como é visível nos discursos que se seguem:

*“(...) o que tento sempre fazer é acompanhar o médico na decisão e na informação à família, em dizer o estado do doente, acho que devem ser sempre ambos os profissionais [médico e enfermeiro] a fazer.” E9*

*“Na manutenção, temos um papel preponderante e acho que não só nos cuidados em enfermagem, mas digamos assim mais minuciosos, desde o cuidado ao corpo do doente, mas sim, em toda a área abrangente, desde o acolhimento à família, desde o momento em que a família toma a perceção da possível doação dos órgãos do seu familiar.” E10*

Não podemos atuar no processo de doação sem uma intervenção junto da família, na qual o enfermeiro se depara com a fragilidade da sua própria existência face a um processo de morte cerebral, lembrando-se da efemeridade da sua própria vida e da possibilidade de viver uma situação idêntica com os seus familiares (Magalhaes *et al.*, 2018). A intervenção do enfermeiro é abrangente, passando também pela comunicação e acompanhamento da família a vivenciar uma situação de crise, como evidenciado pelo participante E10. A cooperação com a família é importante não só para a ajudar a ultrapassar esta fase de transição, mas também no sentido de facilitar a compreensão da vontade do potencial dador (Magalhaes *et al.*, 2018).

#### 4.2. FATORES QUE INTERFEREM NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DETEÇÃO E/OU MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

Nesta área temática, pretende-se conhecer as dificuldades e os fatores que potenciam a intervenção das equipas na deteção e na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos e tecidos, que integra duas categorias: fatores limitadores e fatores favorecedores.

Por sua vez, estas duas categorias subdividem-se, também em subcategorias. No caso dos fatores limitadores, inscrevem-se as subcategorias: sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento na área de doação de órgãos, falta de conhecimento da parte da família, falta de comunicação interdisciplinar, escassez de equipamentos, falta de experiência profissional, como se pode observar no quadro 4:

**Quadro 4** - Fatores que interferem na intervenção do enfermeiro no processo de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos – Fatores limitadores

| Categoria           | Subcategoria                                      | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fatores limitadores | Sobrecarga de trabalho                            | <p>“(…) pela ocupação do enfermeiro com outras questões acaba por se calhar não ser logo o primeiro pensamento [a doação] ... Quando ficamos com o doente em sala mais por tempo mais prolongado, talvez depois de tudo realizado [estabilização], começemos a pensar num outro âmbito e numa forma mais maximizada (...)” E1</p> <p>“Normalmente o enfermeiro que está encarregado pelo dador tem mais doentes... O enfermeiro não está só com um doente ou especificamente só com aquele doente (...)” E1</p> <p>“Óbvio que se tivermos [no SMI] rácios 1:1 é mais fácil.” E3</p> <p>“(…) ter dois dadores para cuidar ao mesmo tempo (...)” E4</p> <p>“(…) o nosso cansaço ou a agitação do serviço ou a complicação de outro doente que possamos ter, pode minimizar a nossa atenção para esse doente (...)” E10</p> <p>“São doentes muito trabalhosos... a vigilância tem de ser tão minuciosa que se tivermos mais doentes fica difícil fazer tudo de forma adequada.” E10</p>                                                                                   |
|                     | Falta de conhecimento na área da doação de órgãos | <p>“(…) Talvez se calhar com formação pudessemos estar um pouco mais despertos (...)” E1</p> <p>“Formação anual é muito pouco para este tipo de temática.” E3</p> <p>“O enfermeiro sem esse conhecimento ... não consegue detetar uma prioridade ou aquilo pode ser um desequilíbrio para o doente.” E4</p> <p>“(…) falta de conhecimentos e de formação.” E5</p> <p>“(…) penso que será formação, sem dúvida (...)” E6</p> <p>“Neste momento, temos o equipamento, temos os operacionais, só não temos ainda a filosofia, a componente cognitiva ... Atualmente é a falta de conhecimento do que são os critérios de inclusão, critérios de exclusão (...)” E7</p> <p>“(…) há um défice também de formação da parte da equipe de enfermagem, no sentido de perceber quais são os critérios que possibilitam que o doente venha a ser um possível dador.” E9</p> <p>“(…) falta de conhecimentos para a detecção também é muito importante, mas a falta de conhecimentos, essencial focando mais na manutenção. Mas essencialmente é a falta de conhecimentos.” E10</p> |
|                     | Falta de conhecimento da parte da família         | <p>“(…) muitas vezes na detecção, um fator limitador é a família [pela sua falta de conhecimento sobre doação e transplantação] ... e se tivéssemos uma abordagem à família multidisciplinar, num ambiente mais adequado e mais cuidado, muitas vezes a intervenção como enfermeira após a detecção do potencial dador com a família seria mais fácil.” E3</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                     | Falta de comunicação interdisciplinar             | <p>“(…) facilitava-me se calhar o apoio clínico e uma abordagem multidisciplinar (...)” E3</p> <p>“(…) nós não fazemos parte dessa detecção. Ou seja, não há uma comunicação entre (na minha opinião) a equipa médica equipa de enfermagem (...)” E4</p> <p>“(…) a equipa multidisciplinar ... não existe, talvez um processo de equipa (...)” E6</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Categoria | Subcategoria                             | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                                          | <p><i>"Resistencia médica em encaminhar pra doação [durante a discussão em equipa]" E8</i></p> <p><i>"(...) a comunicação da equipa multidisciplinar na sala de emergência nem sempre é a melhor e, portanto, há informação que por vezes, um enfermeiro só sabe mais tardiamente (...)" E9</i></p> <p><i>"Os fatores de limitação na deteção traduzem-se essencialmente, porque nós estamos num serviço, como já disse aqui, na primeira questão, em que o doente vem ou não vem sinalizado, se vem sinalizado meu papel na deteção, não existe. Se não vem sinalizado, o meu papel vai se vai se fazendo ao longo do internamento." E10</i></p> |
|           | <b>Escassez de equipamentos</b>          | <p><i>"(...) temos o facto de não haver Monitorização... não temos monitores bons para todos os doentes [que permitam a realização das monitorizações invasivas necessárias] (...)" E5</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|           | <b>Falta de Experiência profissional</b> | <p><i>"(...) frequência dessas intervenções [de manutenção e deteção do potencial dador] (...)" E7</i></p> <p><i>" (...) a inexperiência com este tipo de doentes parecem-me ser os fatores que limitam mais a minha atuação." E10</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

No âmbito dos **Fatores limitadores**, relativamente à **sobrecarga de trabalho**, os enfermeiros afirmam haver uma limitação pela elevada carga de trabalho relacionada com o número de doentes atribuídos ou até pela eventual associação de dois potenciais dadores que pode dificultar a intervenção adequada dos enfermeiros, como afirmado nos discursos que se seguem:

*"(...) ter dois dadores para cuidar ao mesmo tempo (...)" E4*

*"(...) o nosso cansaço ou a agitação do serviço ou a complicação de outro doente que possamos ter, pode minimizar a nossa atenção para esse doente (...)" E10*

Isto remete não só para o trabalho dos diferentes elementos da equipa de enfermagem, mas também para o do trabalho dentro da equipa multidisciplinar. Magalhães *et al.* (2019) referem ser essencial que o facto de a equipa estar preparada técnica e cientificamente confere uma maior agilidade e consciência das etapas do processo de doação e transplante, melhorando assim a qualidade dos órgãos, a resposta da equipa às alterações na pessoa decorrentes deste processo e a resposta às necessidades da família. Magalhaes *et al.* (2018) referem que o cuidado a um ser com a complexidade da pessoa em morte cerebral e potencial dadora de órgãos e tecidos exige uma complementaridade da equipa multidisciplinar de forma a providenciar um cuidado não fragmentado, focado e eficiente. Defendem, ainda, que dotações seguras e acesso a recursos materiais adequados a manutenção do potencial dador e família são redutores

de *stress* e potenciam uma resposta adequada dos profissionais aos desafios proporcionados por estes casos (Magalhães *et al.*, 2019)

Há necessidade de um bom trabalho de equipa e um ambiente de trabalho adequado. A inexistência destas condições pode potenciar *stress* devido à instabilidade e elevado número de intervenções a realizar, e pode mesmo prejudicar todo o processo de doação devido a uma menor atenção prestada ao potencial dador de órgãos e tecidos, como se revela nas unidades de significado que se seguem:

*“Normalmente o enfermeiro que está encarregado pelo dador tem mais doentes... O enfermeiro não está só com um doente ou especificamente só com aquele doente (...)”* E1

*“São doentes muito trabalhosos... a vigilância tem de ser tão minuciosa que se tivermos mais doentes fica difícil fazer tudo de forma adequada.”* E10

A carga de trabalho associada ao processo de doação e transplantação pode ser superior ao de outros doentes dada a complexidade do processo e a instabilidade a ele associado, como descrito por Camut *et al.* (2016).

A **falta de conhecimento na área** revela-se como uma das categorias com maior número de unidades de significado (oito). Os entrevistados revelam necessidade de mais formação na área da doação de órgãos e tecidos a todos os níveis, desde a deteção de possíveis dadores de órgãos e tecidos até à manutenção de forma a estar mais alerta para possíveis dadores e também para sinais de instabilidade inerentes à situação clínica.

Existe uma preocupação evidente com a necessidade de mais conhecimento na área dos critérios de inclusão e exclusão, e de mais formação e partilha de conhecimento na área da manutenção do potencial dador. Em geral, as unidades de significado obtidas juntos dos intervenientes revelam um sentimento de haver uma grande lacuna de conhecimentos gerais sobre a totalidade do processo desde a deteção até ao momento de doação, como se pode verificar nos relatos que se seguem:

*“Neste momento, temos o equipamento, temos os operacionais, só não temos ainda a filosofia, a componente cognitiva ... Atualmente é a falta de conhecimento do que são os critérios de inclusão, critérios de exclusão (...)”* E7

*“(...) falta de conhecimentos para a deteção também é muito importante, mas a falta de conhecimentos, essencial focando mais na manutenção. Mas essencialmente é a falta de conhecimentos.”* E10

De acordo com a European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2022), a formação específica e conhecimento na área da doação e transplantação é essencial

para a manutenção da qualidade dos órgãos e para o incremento significativo do número de órgãos colhidos em consequência do aumento do *pool* de doadores potenciais e efetivos. As necessidades formativas mais mencionadas estão relacionadas com os critérios de inclusão e exclusão de possíveis doadores e com a área da manutenção de forma a otimizar o potencial dador.

Outra das preocupações expressadas pelos participantes remete-se ao baixo número de formações, que não permite manter o conhecimento na devidamente atualizado e que não facilita a prática a elementos menos experienciados com este tipo de situações. Sentimento expressado no relato que se segue:

*“Formação anual é muito pouco para este tipo de temática.” E3*

Estas são preocupações que vão de encontro ao descrito por Araujo e Siqueira (2023), cujos resultados apontaram para um efeito positivo de diferentes tipos de iniciativas educacionais nas atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde face ao processo de doação e transplantação.

A **falta de conhecimento da parte da família**, foi considerado por um dos participantes como um fator limitador da intervenção do enfermeiro. Esta limitação não se deve apenas à falta de conhecimento da família e às suas crenças, mas muitas vezes à inexistência de uma abordagem multidisciplinar como relatado pelo entrevistado E3:

*“(...) muitas vezes na deteção, um fator limitador é a família... se tivéssemos uma abordagem à família multidisciplinar, num ambiente mais adequado e mais cuidado, muitas vezes a intervenção como enfermeira após a deteção do potencial dador com a família seria mais fácil.” E3*

A abordagem à família de uma forma metódica, adequada em termos de ambiente e de forma multidisciplinar é essencial para o processo, como referem Magalhães *et al.* (2019), afirmando que o acolhimento e esclarecimento dados à família são essenciais para a desmistificação do processo de doação e transplantação, e a abordagem multidisciplinar desde o momento inicial é fundamental para facilitar este trabalho.

A **falta de comunicação interdisciplinar** surge como mais um dos fatores limitadores expresso pelos enfermeiros participantes no estudo. É entendido pelos enfermeiros que a deteção é realizada pela equipa médica munida do conhecimento dos critérios de inclusão e exclusão e também da história clínica da pessoa, pelo que há trabalho a realizar junto da equipa multidisciplinar nesta área:

*“(...) nós não fazemos parte dessa deteção. Ou seja, não há uma comunicação entre (na minha opinião) a equipa médica equipa de enfermagem (...)” E4*

*“(...) a comunicação da equipa multidisciplinar na sala de emergência nem sempre é a melhor e, portanto, há informação que por vezes, um enfermeiro só sabe mais tardiamente (...)” E9*

A comunicação interdisciplinar realizada de forma integrada e com o envolvimento da família é essencial para o progresso e para uma abordagem eficiente e eficaz junto da pessoa. Como afirmado por Magalhães *et al.* (2019), a existência de elementos da equipa multidisciplinar mal informados sobre as diferentes etapas do processo pode prejudicar a gestão e prestação dos cuidados ao potencial dador e família.

A **escassez de equipamentos** é causada pela inexistência de monitorização adequada à situação, fator essencial devido à elevada instabilidade do potencial dador de órgãos e tecidos nas diferentes fases do processo:

*“(...) temos o facto de não haver monitorização... não temos monitores bons para todos os doentes [que permitam a realização das monitorizações invasivas necessárias] (...)” E5*

Segundo Magalhães *et al.* (2019) questões estruturais e de equipamentos, mais especificamente a sua inexistência ou inadequação podem ser um entrave no cuidado direcionado e eficiente ao potencial dador. Os autores defendem que este tipo de problemáticas pode inclusive aumentar o *stress* junto da equipa e prejudicar o bom funcionamento da mesma.

A **falta de experiência profissional** é referida por dois intervenientes como um fator limitador na sua prática:

*“(...) frequência dessas intervenções [de manutenção e deteção do potencial dador] (...)” E7*  
*“(...) a inexperiência com este tipo de doentes parecem-me ser os fatores que limitam mais a minha atuação.” E10*

A experiência na área da doação e transplantação, mais especificamente a falta de experiência e conhecimento devido a frequência baixa com que são realizadas estas intervenções pode interferir com a resposta adequada face às alterações encontradas pelos profissionais. Magalhaes *et al.* (2018) consideram que a experiência no cuidado ao potencial dador proporciona mudanças nos profissionais. Segundo Akbulut *et al.* (2022) de forma a mudar as atitudes dos profissionais face à doação, é necessário um aumento do conhecimento no processo e no cuidar da pessoa e família e consequente melhoria da destreza dos profissionais relativamente às potenciais alterações decorrentes dos processos fisiológicos associados à situação da pessoa potencial dadora. É necessário para isso a criar programas de treino e formação estruturados, e programas de sensibilização.

Nos fatores favorecedores inserem-se as subcategorias: experiência profissional da equipa de Enfermagem, formação, e experiência profissional da equipa médica, como se pode verificar no quadro 5:

**Quadro 5** - Fatores que interferem na intervenção do enfermeiro no processo de deteção e/ ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos – Fatores favorecedores

| <b>Categoria</b>             | <b>Subcategoria</b>                                     | <b>Unidades de significado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fatores favorecedores</b> | <b>Experiência profissional da equipa de Enfermagem</b> | <p>“(…) a casuística é [um fator] facilitador (…) e quanto maior a diferenciação que o enfermeiro tem maior facilidade e o à-vontade que tem em lidar com este tipo de situações.” E1</p> <p>“Uma rápida deteção com rápida intervenção nos cuidados a ter na estabilização do doente a partir do momento que é realizado o diagnóstico de morte cerebral.” E5</p> <p>“(…) somos os primeiros que estamos a cabeça do doente e somos os primeiros a identificar os sinais precoces de um possível dador... temos mais prática com a manutenção destes doentes (...)” E6</p> <p>“(…) se eu tenho mais experiência e já lidei com muitos doentes, potencialmente dadores de órgãos e tecidos, eu vou estar mais segura do meu trabalho (...)” E10</p>                 |
|                              | <b>Formação</b>                                         | <p>“(…) vamos tendo algumas formações (...)” E1</p> <p>“(…) [maior] frequência da formação, se calhar facilitava a nossa abordagem.” E3</p> <p>“(…) irmos no sentido do que evidência nos diz que é mais recente e mais apropriado para os doentes e para as novas intervenções, tecnologias e tudo mais.” E7</p> <p>“(…) termos um grande número de enfermeiros especialistas na área do doente crítico, ou então na área da médico-cirúrgica que [...] à partida estão mais focados no doente crítico.” E7</p> <p>“O facto de sermos autónomos, termos algum conhecimento e à vontade para dizermos se esse caso dava para dador de órgãos.” E8</p> <p>“(…) quanto maior formação tiver na área, maior será a facilidade em trabalhar com estes doentes.” E10</p> |
|                              | <b>Experiência profissional da equipa médica</b>        | <p>“(…) equipas médicas que trabalham num sala de emergência e intensivos. [médicos do Serviço de medicina Intensiva são os intervenientes na sala de emergência] E isso ajuda a equipa a saber atuar nestes casos.” E7</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

No âmbito dos fatores favorecedores emergiu a subcategoria **experiência profissional da equipa de Enfermagem**. Assim como a falta de pode ser um fator limitador da atuação do enfermeiro face ao potencial dador de órgãos e tecidos, o inverso também pode ser concluído.

De acordo com os entrevistados, o maior número de experiências com potenciais dadores de órgãos e tecidos, proporciona maior confiança, resposta direcionada,

rapidez e eficácia por parte dos profissionais, como expresso nos registos que se seguem:

*“(...) a casuística é [um fator] facilitador ... e quanto maior a diferenciação que o enfermeiro tem maior facilidade e o à-vontade que tem em lidar com este tipo de situações.” E1*

*“(...) se eu tenho mais experiência e já lidei com muitos doentes, potencialmente dadores de órgãos e tecidos, eu vou estar mais segura do meu trabalho (...)” E10*

A maior convivência dos profissionais com estes casos aumenta a fluidez da resposta e potencia melhorias na deteção e manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos (Akbulut *et al.*, 2022). Também os achados de Hancock *et al.* (2017) confirmam que o maior contacto com estes casos e mais experiência trazem maior conforto aos profissionais na sua interação com a pessoa e Família independentemente do contexto em que se encontrem

Outra subcategoria emergente é a **formação**, com referência por parte de seis dos intervenientes. Assinalamos que o investimento nesta área se torna uma ferramenta essencial para o trabalho dos enfermeiros como referido pelos participantes:

*“(...) irmos no sentido do que evidência nos diz que é mais recente e mais apropriado para os doentes e para as novas intervenções, tecnologias e tudo mais.” E7*

*“(...) quanto maior formação estiver na área, maior será a facilidade em trabalhar com estes doentes.” E10*

Os intervenientes neste estudo referem que a formação é um fator facilitador da sua intervenção, capaz de dotar os profissionais com o conhecimento atualizado para agir de forma eficiente e eficaz. Akbulut *et al.* (2022) e Hancock *et al.* (2017) defendem que é necessário criar currículos adequados à formação dos profissionais de forma a potenciar os centros de doação. Camut *et al.* (2016) afirmam também que apesar de as oportunidades de educação nesta área serem em menor número do que deveriam ser, os profissionais consideram que as mesmas são essenciais.

A resposta da equipa de enfermagem com foco na estabilização dos diferentes efeitos fisiológicos do processo de morte cerebral e instabilidade do potencial dador “exige uma equipe preparada técnico-cientificamente, ágil e consciente da importância de todas as etapas que envolvem esse processo de doação e transplante” (Magalhães *et al.*, 2019, p. 1130). Um dos participantes refere-se à existência de enfermeiros com especialização na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Destaca-se que no Regulamento de competências específicas do

enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, contempla a demonstração de “conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos”, no âmbito da unidade de competência 1.2. *Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Um outro fator facilitador do cuidar do potencial dador prende-se com a **experiência profissional da equipa médica**. Apesar de ser referida apenas por um enfermeiro, consideramos de valorizar, dado que os enfermeiros são parte de uma equipa multidisciplinar.

O facto de a equipa médica responsável pela prestação de cuidados na sala de emergência ser a mesma equipa do SMI facilita o fluxo de informação e a continuidade de cuidados, como expresso no registo que se segue:

*“(...) equipas médicas que trabalham num sala de emergência e intensivos. [médicos do Serviço de medicina Intensiva são os intervenientes na sala de emergência] E isso ajuda a equipa a saber atuar nestes casos.” E7*

A multidisciplinaridade apresenta-se como um fator facilitador na medida em que permite aos profissionais das diferentes áreas interagirem e partilharem conhecimentos e competências que melhoram a resposta de toda a equipa. Como referem Araujo e Siqueira (2023), a doação e transplantação de órgãos é uma área que exige uma atenção multifuncional da equipa, fundamentada numa atitude positiva de partilha e compromisso.

#### 4.3. NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS PARA INTERVIR NO PROCESSO DE DETECÇÃO E/ OU MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

Nesta área, procurámos conhecer as necessidades formativas das diferentes equipas de enfermagem tendo em vista a intervenção adequada nos processos de deteção e manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos. Neste contexto, emergiram 2 categorias (quadro 6).

**Quadro 6** - Necessidades formativas dos enfermeiros para intervir no processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.

| Categoria                                                        | Unidades de significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conhecimentos sobre o processo de deteção e/ou manutenção</b> | <p><i>“(...) na sua generalidade sobre deteção e depois sobre a manutenção(...)” E1</i></p> <p><i>“Formações específicas na área de neurointensivismo, na área da estabilização hemodinâmica desses doentes, e a prática, ou o contínuo de prática.” E5</i></p> <p><i>“Eu acho que a deteção é mesmo uma questão de ... estarmos despertos para isto.” E8</i></p> <p><i>“(...) atualizar as pessoas sobre quais os melhores cuidados, o que diz a última evidência na manutenção do dador (...) Portanto, a formação na área da morte cerebral nas provas de morte cerebral, acho que esse é um défice da equipa.” E10</i></p> |
| <b>Conhecimentos sobre critérios de inclusão e exclusão</b>      | <p><i>“Acho que é extremamente importante definir quais são os órgãos a doar, quais são as vigilâncias que devem ser mais apertadas, ou quais são os nossos objetivos orientadores.” E4</i></p> <p><i>“(...) uma formação, com um método muito de exposição, nada de extraordinário, dizer aos elementos que estão na triagem, na emergência e no pré-hospitalar sobre os critérios de inclusão e exclusão (...)” E7</i></p> <p><i>“(...) perceber quais são os critérios que fazem um doente elegível para potencial dador.” E9</i></p>                                                                                       |

Na perspetiva de **conhecimentos sobre o processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos**, as unidades de significado que se seguem apontam para a necessidade de formação nesta área:

*“(...) na sua generalidade sobre deteção e depois sobre a manutenção(...)” E1*

*“Formações específicas na área de neurointensivismo, na área da estabilização hemodinâmica desses doentes, e a prática, ou o contínuo de prática.” E5*

*“(...) atualizar as pessoas sobre quais os melhores cuidados, o que diz a última evidência na manutenção do dador (...) Portanto, a formação na área da morte cerebral nas provas de morte cerebral, acho que esse é um défice da equipa.” E10*

Os autores consultados corroboram estas necessidades formativas como sendo essenciais para a boa prática junto do potencial dador de órgãos e tecidos. Hancock *et al.* (2017) referem que uma grande maioria dos intervenientes no seu estudo expressam um grande conforto no processo de diagnóstico de morte cerebral e cuidados prestados ao potencial dador, no entanto existem elementos que não se sente confortáveis com o processo.

No estudo de Araujo e Siqueira (2023), os resultados apontam para que iniciativas educacionais de diferentes tipos afetam positivamente a atitude e o conhecimento dos profissionais face ao processo de doação e transplantação. Neste sentido, ao nível da formação, a frequência, interatividade, ferramentas disponíveis e *feedback* são essenciais para a evolução e progresso das diferentes equipas hospitalares que contactam com

possíveis dadores de órgãos e tecidos, o que vem de encontro ao preconizado pelo European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2022).

No que refere a **conhecimentos sobre critérios de inclusão e exclusão**, há uma continuidade na afirmação de necessidade de formação e maior informação das equipas como afirmado nas unidades de significado seguintes: (Akbulut *et al.*, 2022)

*“(...) uma formação, com um método muito de exposição, nada de extraordinário, dizer aos elementos que estão na triagem, na emergência e no pré-hospitalar sobre os critérios de inclusão e exclusão (...)” E7*

*“(...) perceber quais são os critérios que fazem um doente elegível para potencial dador.” E9*

Tal como na categoria anterior, prevalece a referência a maior necessidade de informação e formação, e tal é corroborado por Akbulut *et al.* (2022) e Araujo e Siqueira (2023), havendo também uma grande influencia da experiência na área relativamente no conforto do profissional com a doação. Há efetivamente uma necessidade de formar e educar mais as equipas que contactam diretamente com o potencial dador (*ibidem*). Esta formação trará uma maior confiança das equipas na sua gestão, e tem um impacto elevado na sua atitude face ao processo de doação. Em consequência, este grupo profissional com o seu impacto nas famílias trará um elevado impacto na visibilidade e na opinião social sobre o processo de doação, e no aumento do *pool* de dadores (Akbulut *et al.*, 2022).

Não menos importante é o impacto no número de possíveis dadores convertidos em potenciais dadores em consequência de um conhecimento adequado de critérios por parte da equipa multidisciplinar. Este impacto irá influenciar a colmatação das necessidades de órgãos a nível nacional e internacional (Akbulut *et al.*, 2022; Araujo & Siqueira, 2023; Belmonte *et al.*, 2020; European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

#### 4.4. ESTRATÉGIAS DE OTIMIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE DETEÇÃO E/OU MANUTENÇÃO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

Após conhecer as necessidades formativas expressas pelos entrevistados procurámos saber quais as possíveis estratégias de otimização dos processos. Nesta área temática emergiram assim quatro categorias:

**Quadro 7** - Estratégias de otimização dos processos de deteção e/ou manutenção potencial dador de órgãos e tecidos.

| Categoria                                     | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Formação Contínua</b>                      | <p>“(...) deve haver mais de uma formação e diferentes formas...tentar fazer com que fosse dada de uma forma mais contínua.” E1</p> <p>“(...) com algum tipo de formação, talvez fiquemos mais abertos para também dar essa alerta [potencial dador].” E2</p> <p>“Primeira etapa Formação, numa fase posterior, vários níveis de formação, porque a equipa é muito díspar.” E3</p> <p>“A formação contínua da equipa (...)” E5</p> <p>“(...) acho que se pode formar ainda mais e ampliar a formação a outros níveis de serviço de urgência, serviço de neurocirurgia e não só focar nos intensivos (...)” E6</p> <p>“transversalizar também para as especialidades não envolvidas na sala de emergência, porque há um grande potencial e estão deficitários em estar alerta para estes casos.” E8</p> <p>“(...) uma formação transversal a toda a equipa de enfermeiros da urgência, ... que seja feita com regularidade...Mas embora eu ache que o problema não seja tanto a nível de sala de emergência, ou seja, acho que se estão a perder fora da sala [de emergência].” E9</p> <p>“Formação acima de tudo, uma formação na opinião obrigatória à equipa, e não opcional (...)” E10</p> |
| <b>Comunicação na equipa multidisciplinar</b> | <p>“A partir do momento em que alguém da equipa médica decide ou chega a essa conclusão, deve dizê-lo formalmente.” E2</p> <p>“Comunicar mais com a equipa médica para perceber em que situação é que estamos, porque isso também é importante por causa das expectativas que são geradas na família.” E4</p> <p>“(...) uma maior coordenação e comunicação nestes casos [dentro da equipa multidisciplinar cuidadora] (...)” E5</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Envolvimento da família</b>                | <p>“(...) uma melhor abordagem, uma melhor integração da família nas decisões facilita o processo.” E4</p> <p>“(...) criar um ambiente mais aconchegante no momento da conversa com os familiares e a nossa participação mais ativa com a família [...], principalmente [...] quando se aborda o assunto da potencial doação de órgãos do seu familiar.” E10</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Dinamização da EHCOT</b>                   | <p>“Embora essa equipa já exista [Equipa Hospitalar de Doação e Colheita de Órgãos e Tecidos]. Acho que tem de ser mais interventiva no contexto da equipa que trabalha com esses doentes (...)” E6</p> <p>“(...) ter uma equipa ... na urgência que fosse mais dedicada a isto.” E7</p> <p>“eu acho que a nós, equipa, deveríamos saber e ter um feedback mais concreto... sobre o número exato de dadores, e [...] de órgãos que o nosso serviço doou, ou seja, ter essa informação mais amiúde para que as pessoas sintam a importância que tem este tipo de doentes, para que saibamos quantas vidas salvamos com esta manutenção correta do nosso dador.” E10</p> <p>“(...) criar um guia muito simples e muito básico... sobre os principais passos a efetuar nas provas de morte cerebral (...)” E10</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

No âmbito da **formação contínua**, torna-se essencial dotar as equipas de um conhecimento atualizado e uniformizar a informação para que possam intervir no processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador, como demonstram os discursos que se seguem:

*“(...) acho que se pode formar ainda mais e ampliar a formação a outros níveis de serviço de urgência, serviço de neurocirurgia e não só focar nos intensivos (...)” E6*

*“transversalizar também para as especialidades não envolvidas na sala de emergência, porque há um grande potencial e estão deficitários em estar alerta para estes casos.” E8*

*“(...) uma formação transversal a toda a equipa de enfermeiros da urgência, ... que seja feita com regularidade...Mas embora ache que o problema não seja tanto a nível de sala de emergência, ou seja, acho que se estão a perder fora da sala [de emergência].” E9*

Foi mencionada a necessidade de mais formação e com maior frequência de forma a colmatar as lacunas de conhecimento e competências das diferentes equipas, o que vai de encontro aos achados de Hancock *et al.* (2017) que como referido anteriormente, descrevem haver algum conforto nos profissionais dos serviços de contacto com potenciais dadores para a prestação de cuidados, mas ainda com uma grande percentagem de profissionais que não partilham esse sentimento, pelo que a formação poderá ser um meio de colmatar esta problemática. Também é referida a necessidade de alargar a formação a outras especialidades e serviços do hospital, que embora não prestem cuidados à pessoa em situação crítica, podem acolher potenciais dadores. Estes pressupostos vão de encontro às orientações do European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2022) e ao defendido por Hancock *et al.* (2017), referirem a necessidade de fazer mais formação e extensiva a equipas de outros serviços. No que se refere à tipologia de formação, a utilização de diferentes metodologias pode ser eficaz na cativação de mais profissionais para a aquisição de conhecimentos essenciais com reflexos para na intervenção junto do potencial dador de órgãos e tecidos, tal como descrito por Hancock *et al.* (2017).

Em relação à **Comunicação na equipa multidisciplinar**, foi realçado pelos entrevistados a importância de uma boa comunicação no seio da equipa multidisciplinar, de forma a otimizar os cuidados prestados à pessoa e família, bem como, o funcionamento da própria equipa:

*“Comunicar mais com a equipa médica para perceber então em que situação é que estamos, porque isso também é importante por causa das expectativas que são geradas na família.” E4*

*“(...) uma maior coordenação e comunicação nestes casos [dentro da equipa multidisciplinar cuidadora] (...)” E5*

Os entrevistados consideram que a comunicação na equipa multidisciplinar é um fator essencial para o cuidado à pessoa potencial dador de órgãos e tecidos, reduzindo a

perda de informação, fundamental para a tomada de decisão e planeamento/organização dos cuidados a prestar à pessoa e família, como defendido por Magalhães *et al.* (2019), ao consideraram que a gestão de cuidados é melhorada quando os profissionais envolvidos estão bem informados, daí a necessidade promover estratégias de melhoria de comunicação no seio da equipa multidisciplinar.

O **Envolvimento da família** neste processo de cuidados, foi também referida pelos entrevistados, pela necessidade de a integrar nos processos de tomada de decisão, como é visível nos seguintes discursos:

*“(...) uma melhor abordagem, uma melhor integração da família nas decisões facilita o processo.”* E4

*“(...) criar um ambiente mais aconchegante no momento da conversa com os familiares e a nossa participação mais ativa com a família [...], principalmente [...] quando se aborda o assunto da potencial doação de órgãos do seu familiar.”* E10

A abordagem à família é descrita pelos entrevistados como uma área a melhorar, quer em termos das condições físicas para realização de comunicações e entrevistas, quer no envolvimento dos enfermeiros nesta abordagem com vista a promover uma melhor compreensão do processo. Nesta perspetiva, Magalhães *et al.* (2019, p. 1129) consideram que “(...) todo o cuidado e formas de acolhimento e esclarecimento a esses familiares pode facilitar a decisão e desmistificar medos que os permeiam”. Esta intervenção facilita não só a gestão da situação a nível hospitalar, como também contribui para melhorar as perceções sociais do processo de doação e transplantação, facilitando de uma forma global estes processos a nível nacional (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2022).

O papel do enfermeiro é essencial na comunicação com a família e no seu envolvimento na aceitação do processo de doação. Tal como referido anteriormente, a visibilidade da doação para a família é altamente influenciada pela atitude do enfermeiro relativamente a doação, e essa atitude e influencia têm um impacto também na visibilidade social do processo de doação (Akbulut *et al.*, 2022).

No que se refere à **Dinamização da EHDCOT**, os entrevistados referem existir uma necessidade de maior dinamismo por parte da EHDCOT:

*“Embora essa equipa já exista [Equipa Hospitalar de Doação e Colheita de Órgãos e Tecidos]. Acho que tem de ser mais interventiva no contexto da equipa que trabalha com esses doentes (...)”* E6

*“Acho que nós, equipa, deveríamos saber e ter um feedback mais concreto... sobre o número exato de dadores, e [...] de órgãos que o nosso serviço doou, ou seja, ter essa informação mais amiúde para que as pessoas sintam a importância que tem este tipo de doentes, para que saibamos quantas vidas salvamos com esta manutenção correta do nosso dador.” E10*

*“(...) criar um guia muito simples e muito básico... sobre os principais passos a efetuar nas provas de morte cerebral (...)” E10*

A Portaria n.º 357/2008, de 9 de Maio afirma que “cabe ao coordenador nacional das unidades de colheita de órgãos, tecidos e células de origem humana, a dinamização, regulação, normalização, controlo e fiscalização da atividade desenvolvida pela rede”. Os entrevistados salientam a necessidade de mais dinamismo nesta equipa, e de desenvolvimento de estratégias educacionais, nomeadamente a criação de guias de cuidados (para rápida consulta) que facilitem a atuação célere nas diferentes fases do processo de doação e transplante. Esta estratégia vai de encontro ao preconizado pelo European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2022) e aos resultados obtidos por Hancock *et al.* (2017) no seu estudo, que destacam a importância de enveredar por mais dinamismo nas estratégias educacionais junto das equipas e que a existência de ferramentas como guias, vídeos e *workshops* são das mais requisitadas entre os profissionais de forma a adquirir o conhecimento na área da doação e transplantação e criando sistematização nesse mesmo processo.

Segundo Araujo e Siqueira (2023), este tipo de estratégias pode ter um efeito positivo nas atitudes e conhecimentos das equipas no cuidado ao potencial dador de órgãos e tecidos.

Os enfermeiros referem-se ainda à importância de conhecerem os resultados obtidos com os potenciais dadores alvos da sua intervenção, para a introdução de melhorias nos cuidados.

De uma forma geral, para os entrevistados é consensual que o processo de deteção está maioritariamente a cargo da equipa médica e não tanto aos enfermeiros. O papel do enfermeiro adquire maior relevância na manutenção do potencial dador e não tanto na sua deteção. Na prática diária, não é visível uma cultura do envolvimento ou motivação do enfermeiro para a deteção do potencial dador, o que é pouco compreensível, face à sua presença, de forma contínua, na prestação de cuidados à pessoa e família, nos momentos de maior ou menor fragilidade (Camut *et al.*, 2016). Tendo em conta o conteúdo das entrevistas, é possível constatar a falta de conhecimento, a vários níveis, nomeadamente, no âmbito dos critérios de inclusão e exclusão e a falta de confiança relativamente a este processo de deteção, como corroborado por Hancock *et al.* (2017) e Akbulut *et al.* (2022).

## CONCLUSÃO

A complexidade dos cuidados prestados ao potencial dador de órgãos e tecidos exige uma mudança de paradigma relativamente à forma como a pessoa em morte cerebral é cuidada e vista pelos profissionais. Esta pessoa tem de ser vista além de um ser morto, e tem de passar a ser vista como fonte de vida para outras pessoas através do processo de doação e transplantação (Magalhaes *et al.*, 2018).

Este estudo debruçou-se sobre as práticas dos enfermeiros no processo de deteção e manutenção do potencial dador; das entrevistas resultaram cinco áreas temáticas, que após a análise de conteúdo, nos permitem extrair algumas conclusões que passamos a expor:

Relativamente às **intervenções realizadas pelos enfermeiros no processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos**, os enfermeiros intervenientes referem ter um papel essencial na manutenção do potencial dador, com ênfase na vigilância e intervenção face às alterações fisiológicas decorrentes do processo de morte cerebral e demais alterações consequentes da instabilidade causada numa fase após morte cerebral. Existe um sentimento nos enfermeiros entrevistados de que têm um papel complementar junto da equipa multidisciplinar que é essencial na deteção, mas que carece de melhor comunicação entre a equipa multidisciplinar e mais conhecimento por parte deste grupo profissional (enfermeiros). Este processo de alerta dentro da equipa é de acordo com os intervenientes essencial para uma deteção precoce com o objetivo de uma decisão rápida e consequente melhoria da eficácia e eficiência das intervenções. Os enfermeiros referem ser também essencial a interação com a família na área da gestão emocional, comunicação e acompanhamento com o fim de facilitar este processo de transição e luto, bem como para encontrar uma solução que possa ir de encontro à vontade da pessoa em processo de morte.

Na área dos **fatores que interferem na intervenção do enfermeiro no processo de deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos** evidenciam-se duas categorias que são os fatores limitadores e os fatores favorecedores.

Nos fatores limitadores realça-se a sobrecarga de trabalho como um dos fatores de influência dos intervenientes. Em especial a sobrecarga causada pela atribuição de mais que um dador ao mesmo profissional, a existência de uma carga de trabalho elevada no serviço ou com outros doentes. Estes fatores foram considerados pelos enfermeiros de elevada importância dada a incapacidade de suprir todas as necessidades de manutenção de estabilidade do potencial dador mediante estas circunstâncias e reiterados aquando da abordagem relativa às dotações seguras que tem uma elevada

influência nesta carga de trabalho, bem como a escassez ou inadequação de equipamentos essenciais para a devida monitorização e tratamento destes doentes.

Associado a estes fatores está também presente a falta de conhecimento na área, que dada a especificidade e elevada necessidade de atenção de forma a direcionar a resposta de forma eficaz, se torna preponderante para o cuidado ao potencial dador. Esta falta de conhecimento aplica-se aos enfermeiros, que são um grupo profissional que contacta com o potencial dador, e também a própria família, que pelo desconhecimento causado pela insuficiente informação fornecida à sociedade cria certos estigmas, que poderão estar associados e exacerbados pelas crenças e valores em si previamente estabelecidos.

A dificuldade nesta área é também influenciada pela falta de experiência profissional que devido ao número reduzido destes casos não permite aquisição e manutenção de competências na área de forma a otimizar a resposta do enfermeiro. Muitos dos participantes referem também haver uma influência que advém da falta de comunicação interdisciplinar que consequentemente não facilita todo o processo de deteção e manutenção do dador, processos estes que são dependentes de uma avaliação e discussão essencial de forma a poder direcionar a intervenção a favor do interesse do doente e da potencial necessidade deste em consequência do seu estado.

Na área dos fatores favorecedores temos mais uma vez presente a experiência profissional, que quando escassa atuará como um fator limitador, mas em alguns casos (enfermeiros mais experientes) vem facilitar a resposta face a um potencial dador. Este fator (experiência) aplica-se também à equipa médica que mediante mais experiência e conhecimento relativamente a estes dadores, contribui para o trabalho interdisciplinar com o objetivo de facilitar todo o processo de deteção e manutenção destes doentes. A esta experiência associa-se a formação que quando efetuada de forma regular de forma a atualizar o conhecimento, é usada como mais uma ferramenta pelos profissionais de forma a otimizar o processo de deteção e manutenção do potencial dador e assim potenciar um aumento em número e qualidade dos órgãos a colher/transplantar.

**As necessidades formativas dos enfermeiros para intervir no processo de deteção e/ ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos** estão maioritariamente associadas aos critérios de inclusão e exclusão de potenciais dadores, à deteção e manutenção do potencial dador. Pelos discursos dos entrevistados pode perceber-se que o conhecimento relativamente a manutenção do dador está presente, embora careça de alguma atualização, de forma a atuar de acordo com a mais recente evidência

científica, mas é perceptível também a noção da existência de lacunas quanto aos critérios previamente referidos, o que gera alguma frustração pela eventual incapacidade de atuar em conformidade perante um possível dador ou mesmo detetar ou estabelecer que um indivíduo obedece aos critérios estabelecidos para ser classificado como tal.

Na área das **estratégias de otimização dos processos de deteção e/ou manutenção potencial dador de órgãos e tecidos**, os enfermeiros participantes referem a necessidade de um alargamento da formação contínua a todas as equipas dos serviços onde pode ser detetado um potencial dador de órgãos e tecidos, para além do Serviço de Urgência e do SMI.

Para potenciar esta formação e aquisição de conhecimento será necessário que as equipas dinamizadoras promovam a comunicação interdisciplinar de forma a otimizar a discussão e o estabelecimento de planos com foco na eficiência e eficácia de resposta às necessidades do potencial dador. A equipa hospitalar coordenadora de colheita e transplantação deve optar por uma ação mais dinâmica com exposição de resultados e com estratégias motivadoras e adaptadas às necessidades reais das equipas com criação de guias de consulta e outras estratégias.

O envolvimento da família deve ser fomentado e reforçado de forma a ir de encontro à vontade prévia do potencial dador, respeitando crenças e valores da família e pessoas de referência, com recurso a uma abordagem adequada em ambiente seguro e com informação relevante e adaptada, de forma a potenciar, por sua vez, a importância da doação e transplantação junto da sociedade.

Os cuidados de enfermagem são essenciais para a deteção precoce e manutenção adequada do potencial dador de órgãos e tecidos. Para isto é essencial a promoção de uma procura ativa, constante atualização de conhecimentos, envolvimento da família, trabalho de equipa e uma manutenção planificada com partilha de informação necessária para o efeito. Necessário combater as limitações detetadas em especial na manutenção de uma carga de trabalho adequada às necessidades do potencial dador, com acesso a monitorização, recursos físicos e humanos necessários para este processo.

É essencial salientar as limitações deste estudo que pelo número de participantes não poderá ser generalizado para outros contextos, no entanto pode ser utilizado como uma confirmação local corroborada por dados nacionais e internacionais. Outra das limitações, está relacionada com o facto de o estudo decorrer em apenas dois serviços de um hospital. O prazo para a execução deste trabalho, a par da conciliação da vida

profissional e da vida pessoal condicionaram a realização de um estudo mais abrangente. No entanto, consideramos que foram alcançados os objetivos propostos no início da realização deste trabalho. Os resultados obtidos constituem-se como um contributo para a mudança e melhoria contínua da prática de Enfermagem neste âmbito, com reflexos na qualidade dos órgãos colhidos e no processo de deteção e manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.

Neste sentido, consideramos ainda que o desenvolvimento de futuros trabalhos, com envolvimento de um maior número de participantes e contextos será fundamental para um contributo mais efetivo e robusto da Enfermagem na área da transplantação de órgãos e tecidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste relatório foi possível descrever e analisar de forma crítico-reflexiva o percurso realizado no ENP no âmbito do MEMC. Nesta análise foi essencial a correlação entre a prática profissional, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e os conteúdos lecionados nas unidades curriculares, constituindo-se como substrato para o desenvolvimento de competências como futuro mestre e enfermeiro especialista.

A Pessoa em Situação Crítica é em si complexa e em consequência da doença grave requer a adoção de diferentes estratégias e medidas que visam a sua recuperação. Num ambiente de cuidados, também este de elevada complexidade, é essencial que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica detenha os saberes e respetivas competências comuns e específicas desta área, para uma prática competente e segura nos vários domínios de intervenção da enfermagem especializada, tendo como fim a resposta adequada às necessidades da pessoa/família perante processos de transição complexos.

Tendo em conta o objetivo de atingir a excelência no cuidado à Pessoa em Situação Crítica e sua família e em melhorar a resposta perante o potencial dador de órgãos e tecidos, consideramos que a variedade dos contextos de estágio foi uma mais-valia; as experiências na Equipa Hospitalar Coordenadora de Colheita e Transplantação e no SMI do HB, e no GCCT do CHUSA foram fulcrais pela riqueza de oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

Na primeira parte deste trabalho, procedemos à descrição dos contextos em que decorreu este ENP, ao enquadramento legal da prática do enfermeiro e à forma como a nossa interação com estes contextos foi capaz de introduzir mudança na nossa prática de forma a atingir os objetivos do estágio e aquisição de competências, bem como a nossa passagem nesses contextos teve influência nas práticas e na introdução de potenciais melhorias.

Apesar do foco no potencial dador e na área da doação e transplantação, a nossa opção pelos três locais de estágio proporcionou o desenvolvimento da totalidade das competências necessárias para esta etapa formativa. A nossa preocupação como futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica levou a uma tentativa constante de contactar com situações menos familiares que pudessem contribuir para este crescimento. A pesquisa constante de forma a facilitar a adaptação aos contextos e situações, a já referida competência prévia e conhecimento adquirido nas unidades

curriculares deste curso, acompanhados do juízo crítico e aconselhamento por parte do enfermeiro tutor e orientadora de estágio, contribuíram para uma consciência mais efetiva sobre a importância da formação e atualização de conhecimentos. Contribuíram também para uma prática baseada na evidência, atenção particular à família dos potenciais dadores, para ser agente de mudança no âmbito da comunicação interprofissional, implementação e motivação para a adaptação e o progresso contínuos.

Dentro dos serviços com que contactámos procurámos acompanhar os enfermeiros gestores dos diferentes contextos e participar nas suas funções de gestão. Esta vivência possibilitou um olhar diferente e uma aprendizagem sobre a complexidade da gestão de pessoas e serviços, e dos recursos necessários à atividade em saúde. Pudemos participar na realização do relatório anual da Equipa Hospitalar Coordenadora de Colheita e Transplantação e criar uma ferramenta informática com o objetivo de congrega a informação necessária para acompanhamento durante o ano do progresso da doação no hospital de influenza e consequentemente otimizar o levantamento de informação necessária para elaboração de posteriores relatórios e análise de dados que permitam introduzir alterações no funcionamento e captação de potenciais dadores.

Procurámos durante este estágio fazer parte do processo de dinamização da resposta perante situações de emergência, exceção e catástrofe. Foi possível atuar em contexto de simulacro de incêndio, o que facilitou a interiorização da coordenação deste tipo de eventos, e também a atuação em situações de emergência interna. Além deste evento, mantivemos a motivação ao procurar adquirir mais conhecimentos sobre os protocolos internos da instituição e as linhas orientadoras nacionais para estas situações de forma a otimizar a capacidade de resposta com mais conhecimento e competência de atuação.

A intervenção na prevenção de infeção e resistência a antimicrobianos foi também um foco para a aquisição de competências neste estágio. Assim a intervenção como enfermeiro nos locais de interação com a pessoa em situação crítica e a constante busca pela implementação e contribuição para a implementação de práticas baseadas na mais recente evidência, como a implementação do Bionector, foram essenciais para auxiliar a atuação das equipas dedicadas a este tema e também para a nossa aquisição de competências e implementação de mudança de práticas.

Ao nível de formação optámos por ir de encontro as necessidades reveladas após discussão com a Equipa Hospitalar Coordenadora de Colheita e Transplantação e os resultados obtidos no estudo realizado para a concretização deste trabalho. Uma formação com base na deteção e manutenção do potencial dador que foi ministrada

junto do SMI, com objetivo de ser expandida primeiramente para o Serviço de Urgência e posteriormente para outros serviços relevantes na captação deste tipo de doentes, cuja pertinência advém também da necessidade nacional e internacional de intervenção cada vez mais intensa na procura e captação de potenciais dadores.

Durante a realização deste estágio pudemos colaborar com a equipa multidisciplinar responsável pela realização do protocolo de malas de transporte do doente crítico com ênfase nos transportes intra e extra-hospitalar. Um trabalho que permitiu aprofundar a interação dentro da equipa e também atualizar as práticas de acordo com a mais recente evidência científica em prol da segurança da Pessoa em Situação Crítica durante a sua transição dentro e fora do hospital onde se encontra. À data de entrega deste trabalho, este projeto aguarda aprovação para posterior submissão final junto das entidades relevantes no hospital onde foi realizado.

Estas atividades desenvolvidas ao longo do estágio e apresentadas na primeira parte deste relatório, foram essenciais para o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e também para as competências inerentes ao grau de Mestre, nomeadamente na área da investigação.

Na segunda parte do relatório, apresentámos o desenvolvimento do estudo de investigação “Intervenção do enfermeiro no processo de deteção e manutenção do potencial dador”. Uma temática escolhida pela motivação individual de introduzir melhorias nos contextos de estágio e que permita explorar e dar continuidade ao mesmo após a finalização do mestrado.

A pertinência deste estudo foi revelada pelas conclusões emergentes do mesmo. Estas conclusões permitirão continuar a contribuir para a melhoria contínua do trabalho realizado pelos enfermeiros no contexto da doação e transplantação, quer dentro das equipas coordenadoras de doação e transplantação, quer dentro das equipas que contactam com o potencial dador de órgãos e tecidos.

Reconhecemos que além das conclusões obtidas com este estudo foi essencial toda a pesquisa/aquisição de mais conhecimento e trabalho de construção de competências fundamentais na prática como enfermeiro especialista, em especial o conhecimento atualizado adquirido na área da intervenção do enfermeiro junto do potencial dador e a forma como otimizar este processo.

Salientamos também as competências relacionadas com a realização de um estudo de investigação que se revelarão pertinentes ao longo da nossa atividade como

enfermeiros especialistas, com novas temáticas que possam surgir como pertinentes e necessárias de um aprofundamento da nossa parte, ainda que consideremos necessário mais conhecimento e treino no campo da investigação, de forma que seja realizada com o rigor exigido para o contínuo desenvolvimento do conhecimento na Enfermagem.

Durante este estágio detetámos algumas limitações na sua realização, em especial o fator tempo, dado que a gestão do tempo disponível para realização do estágio, desenvolvimento de projetos e realização de trabalho académico estão dependentes da disponibilidade após a atividade laboral. Mais projetos poderiam ter sido desenvolvidos e alguns carecem de mais tempo para a sua finalização, mas consideramos que a participação na sua construção foi em si crucial para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Face ao exposto neste relatório, entendemos que os objetivos propostos para a realização deste trabalho foram cumpridos sem exceção. E assim, consideramos que este processo complexo de aquisição de competências que finalizará com a realização de provas públicas e aquisição do título Mestre em Enfermagem, e a posterior atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Ordem dos Enfermeiros, foi concretizado com sucesso, o que trará no futuro e continuamente uma nova chama na nossa motivação para a introdução de mudanças de caráter pessoal e na equipa tendo em vista a resposta às necessidades das pessoas e a qualidade e segurança dos cuidados à pessoa e família alvo da nossa atenção.

## BIBLIOGRAFIA

- Akbulut, S., Demyati, K., Tamer, M., Unsal, S., Beyoglu, S., & Saritas, H. (2022). Knowledge levels, attitudes, and awareness of nurses toward organ donation. *North Clin Istanb*, 9(4), 367-375. <https://doi.org/10.14744/nci.2022.24478>
- Araujo, C. A. S., & Siqueira, M. M. (2023). The effect of educational initiatives on the attitude and knowledge of health care professionals regarding organ donation and transplantation: an integrative literature review. *Transplantation Proceedings*, 55(1), 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2022.09.037>
- Aubrey, P., Arber, S., & Tyler, M. (2008). The organ donor crisis: the missed organ donor potential from the accident and emergency departments. *Transplantation proceedings*, 40(4), 1008–1011. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2008.03.059>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bardin, L. (2022). *Análise de conteúdo*. Edições 70
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Edição comemorativa). Quarteto Editora.
- Belmonte, A., Córdova, E., Ascher, N., Delpierre, C., Sanz, M., Bartlett, D., Busic, M., Cantarovich, M., Cardenas, G., Carvalheiro, A., Casaroli-Marano, R., Charpentier, J., Coco, T., Delmonico, F., Castro, N., Dominguez-Gil, B., Dominguez-Roldán, J., Caballero, E., Ramirez, J., . . . Gallardo, J. (2020). *Transplant Procurement Management Manual. 4th edition*.
- Briggs D. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. *Nursing standard (Royal College of Nursing)*, 32(2), 41–48. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10812>
- Camut, S., Baumann, A., Dubois, V., Ducrocq, X., & Audibert, G. (2016). Non-therapeutic intensive care for organ donation: A healthcare professionals' opinion survey. *Nursing ethics*, 23(2), 191–202. <https://doi.org/10.1177/0969733014558969>
- Decreto-Lei n.º 222/2007. Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P. *Diário da República*. I Série, n.º 103 (2007-05-29), pp. 3519 – 3523. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/05/10300/35193523.pdf>
- Decreto-Lei n.º 244/94. Regula o Registo Nacional de Não Dadores. *Diário da República*, I-A Série, n.º 223 (1994-09-26). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1994/09/223a00/57805782.pdf>

Despacho n.º 7710/2018. Publica a aprovação das alterações ao plano de estudos do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado na Escola Superior de Saúde deste instituto. *Diário da República*, II Série, n.º 154 (2018-08-10), pp. 22044 – 22045. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/154000000/2204422045.pdf>

Despacho n.º 9063/2017. Determina o alargamento do projeto-piloto, destinado a otimizar a doação de órgãos em dador falecido em paragem cardiocirculatória, aos Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Lisboa Central, e integra este tipo de colheita de órgãos no Centro Hospitalar de São João. *Diário da República*. II Série, n.º 198 (2017-10-13). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/10/198000000/2334323344.pdf>

Despacho n.º 9731/2018. Determina o alargamento do projeto-piloto destinado a otimizar a doação de órgãos em dador em paragem cardiocirculatória refratária ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., e integra-o na atividade dos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, E. P. E., e Lisboa Central, E. P. E., *Diário da República*, II Série, n.º. 200 (2018-10-17). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/200000000/2789627897.pdf>

Despacho n.º 9252/2019. Altera o Despacho n.º 26951/2007 (Criação e constituição da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 26 de novembro. *Diário da República*, II Série, n.º. 197 (2019-10-14). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/10/197000000/0012300124.pdf>

Despacho n.º 2902/2013. Determina que a Direção-Geral da Saúde desenvolva, como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Diário da República*, II Série, n.º. 138 (2013-02-22). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/02/038000000/0717907180.pdf>

Despacho n.º 6401/2016. Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários nas áreas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais, Infecção VIH/Sida e Tuberculose, Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos e Saúde Mental. Revoga os Despachos n.º 404/2012, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 10, de 13 de janeiro, e n.º 2902/2013, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro. *Diário da República*, II Série, n.º. 94 (2016-05-16). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/05/094000000/1523915239.pdf>

Despacho n.º 10901/2022. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República*, II Série, n.º. 174 (2022-09-08). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

Declaração, de 11 de outubro (1994). Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril. *Diário da República*, I-B Série, nº. 235 (1994-10-11). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1994/10/235b00/61606160.pdf>

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. (2021). Data Shows dramatic impact of COVID-19 pandemic. *Press Release - Newsletter Transplant*. <https://www.edqm.eu/en/d/197023>

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. (2022<sup>a</sup>). *Guide to the quality and safety of organs for transplantation*. (8th ed.). Council of Europe.

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. (2022<sup>b</sup>). International Figures on Donation and Transplantation 2021, *Newsletter Transplant*

Fernández-Alonso, V., Palacios-Ceña, D., Silva-Martín, C., & García-Pozo, A. (2022). Experiência de famílias de doadores falecidos durante o processo de doação de órgãos: um estudo qualitativo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/actaape/2022AO004334>

Fortin, M., Coté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*.

Garside, M., & Garside, J. (2010). Role of urgent care staff in organ donation. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 18(6), 28–30. <https://doi.org/10.7748/en2010.10.18.6.28.c8030>

Hancock, J., Shemie, S. D., Lotherington, K., Appleby, A., & Hall, R. (2017). Development of a Canadian deceased donation education program for health professionals: a needs assessment survey. *Canadian journal of anaesthesia*, 64(10), 1037–1047. <https://doi.org/10.1007/s12630-017-0882-4>

Hospital de Braga. (2021a). PRO.SMI.035.02 Diagnóstico de Morte Cerebral. In. Portugal.

Hospital de Braga. (2021b). PTC.077.03 - Protocolo Hospitalar de Doação. In. Portugal.

Hospital de Braga. (2023a). MANUAL.006.06 Plano de Catástrofe do Hospital de Braga. In. Portugal.

Hospital de Braga (2023<sup>b</sup>). *Stop infeção 2.0 no Hospital de Braga*. <https://www.hospitaldebraga.pt/noticias/stop-infecao-20-no-hospital-de-braga>

Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>

Lei n.º 12/93. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. *Diário da República*. I-A Série, nº. 94 (1993-04-22), <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1993/04/094a00/19611963.pdf>

Lei n.º 22/2007. 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. *Diário da República*. I Série, nº. 124 (2007-06-29), <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/06/12400/41464150.pdf>

Lei n.º 36/2013. Aprova o regime de garantia de qualidade e segurança dos órgãos de origem humana destinados a transplantação no corpo humano, de forma a assegurar um elevado nível de proteção da saúde humana, transpondo a Diretiva n.º 2010/53/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de julho, relativa a normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação. *Diário da República*. I Série, nº. 112 (2013-06-12), <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2013/06/11200/0325803265.pdf>

Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, I Série, nº. 181 (2015-09-16). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Lei n.º 27/2006. Lei de Bases da Protecção Civil. *Diário da República*. I Série, nº. 126 (2006-07-03). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>

Lobato, C. T., Camões, J., Carvalho, D., Vales, C., Dias, C. C., Gomes, E., & Araújo, R. (2023). Risk factors associated with post-intensive care syndrome in family members (PICS-F): A prospective observational study. *Journal of the Intensive Care Society*, 24(3), 247–257. <https://doi.org/10.1177/17511437221108904>

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

Magalhães, A. L. P., Oliveira, R. J. T., Ramos, S. F. R., Lobato, M. M., Knihs, N. S., & Silva, E. L. (2019). Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(4), 1124-1132. <https://doi.org/https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a2384336p1124-1132-2019>

Manyalich, M. (1999). Organization of Organ Donation and Role of Coordinators: Transplant Procurement Management. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 10(2), 175-182.

[https://journals.lww.com/sjkd/Fulltext/1999/10020/Organization\\_of\\_Organ\\_Donation\\_and\\_Role\\_of.11.aspx](https://journals.lww.com/sjkd/Fulltext/1999/10020/Organization_of_Organ_Donation_and_Role_of.11.aspx)

Matos R. (2015). XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva. Jornal do Congresso. pp. 10 e 11.

Moreira, D. A. A., Braga, D. V., Viana, M. C. A., Oliveira, D. R., Oliveira, C. J., & Cavalcante, E. G. R. (2022). Assistência de enfermagem ao paciente com sepse: análise à luz do modelo conceitual de Myra Levine. *Escola Anna Nery*, 26, e20210368. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0368>

Netto, L., Silva, K., & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistemas de informação em enfermagem (SIE): princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArg\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArg_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017<sup>a</sup>). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica: na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa: na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória: na área da Enfermagem à pessoa em situação crónica*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017<sup>b</sup>). *Parecer conjunto nº01/2017: Atribuição de responsável de Turno*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE\\_MCEEMC\\_01-2017\\_AtribuicaoResponsavelTurno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica(2017<sup>c</sup>). *Parecer nº. 10/2017: diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf)

Ordem dos Médicos, Comissão da Competência em Emergência Médica & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transportes de doentes críticos: recomendações 2008. Centro Editor livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Parlamento Europeu & Concelho da União Europeia (2010). Diretiva 2010/45/eu: Relativa a normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação. *Jornal Oficial da União Europeia*. L207. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0053>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de referência de Medicina Intensiva*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Periz, L. A., & Sanmartín, E. F. (2004). Historia del transplante de órganos. In L. A. Periz & E. F. Sanmartín. (Dir.). *La enfermería y el transplante de órganos*. (pp.3-12). Editorial Médica Panamericana.

Portaria n.º 165/2012. Aprova os Estatutos do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P., e revoga a Portaria n.º 811/2007, de 27 de julho. *Diário da República*. I Série, n.º 99 (2012-05-22). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/165-2012-552004>

Portaria n.º 357/2008. Regulamenta a rede nacional de coordenação de colheita e transplantação. *Diário da República*, I Série, n.º. 90 (2008-05-09). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/05/09000/0251302515.pdf>

Portaria n.º 16/2015. Primeira alteração à Portaria n.º 76/2014, de 21 de março, que regulamenta os termos em que devem ser autorizadas as unidades de colheita e transplantação de órgãos, bem como a respetiva tramitação e todos os requisitos que devem instruir os pedidos de autorização das referidas atividades. *Diário da República*, I Série, n.º. 16 (2015-01-23). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/01/01600/0053200534.pdf>

Portugal. Direção Geral da Saúde (2011). *Orientação n.º. 017/2011: Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. DGS. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf)

Portugal. Direção Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º. 008/2019: prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Portugal. Direção Geral da Saúde. (2020). *Orientação nº 007/2020: Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): equipamentos de proteção individual (EPI)*. DGS. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17925/norma\\_007\\_2020\\_preven%C3%A7%C3%A3o-e-controlo-de-infe%C3%A7%C3%A3o-por-sars-cov-2-covid-19-equipamentos-de-prote%C3%A7%C3%A3o-individual-epi.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17925/norma_007_2020_preven%C3%A7%C3%A3o-e-controlo-de-infe%C3%A7%C3%A3o-por-sars-cov-2-covid-19-equipamentos-de-prote%C3%A7%C3%A3o-individual-epi.pdf)

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. DGS. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Portugal, Ministério da Saúde. (2017). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde (2022). Norma Clínica n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Catéter Vascular Central. Direção Geral da Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022-prev\\_inf\\_cvc.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf)

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 Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, II Série, nº. 135 (2018-07-16). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, II Série, nº. 26 (2019-02-06). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República*, II Série, nº. 184 (2019-09-25). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Santos, C. G., Pacini, K. M., Adán, C. B. D., & Sato, E. H. (2010). Motivos do descarte de córneas captadas pelo banco de olhos do Hospital São Paulo em dois anos. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 69(1), pp.18-22. <https://doi.org/10.1590/S0034-72802010000100004>

Senna, C. V. A., Martins, T., Knihs, N. S., Magalhães, A. L. P., & Paim, S. M. S. (2020). Fragilidades e potencialidades vivenciadas pela equipe de saúde no processo de

transplante de órgãos: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 22. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.58317>

Shatrov, K., Pessina, C., Huber, K., Thomet, B., Gutzeit, A., & Blankart, C. R. (2021). Improving health care from the bottom up: Factors for the successful implementation of kaizen in acute care hospitals. *PLoS One*, 16(9), e0257412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257412>

Tolfo, F., & Camponogara, S. (2016). O papel do enfermeiro frente ao processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa. *Evidentia*, 13. <https://www.index-f.com/evidentia/n54/ev10405r.php>

Transplant Procurement Management. (2007). *Programa Avançado em Coordenação de Doação/Transplantação*. Universitat de Barcelona.

Van Zwanenberg, G., Dransfield, M., Juneja, R., & and for North West London Critical Care Network (2016). A consensus to determine the ideal critical care transfer bag. *Journal of the Intensive Care Society*, 17(4), 332–340. <https://doi.org/10.1177/1751143716658912>

Veiga, C. (2020). *As vivências do familiar cuidador no regresso a casa do idoso dependente, após o internamento em cuidados intensivos*, Porto.

Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. (3ª ed rev e atual.). Edições Silabo

Voet, M., Overduin, C. G., Stille, E. L., Fütterer, J. J., & Lemson, J. (2022). Safety aspects of the PiCCO thermodilution-cardiac output catheter during magnetic resonance imaging at 3 Tesla. *Journal of clinical monitoring and computing*, 36(1), 141–145. <https://doi.org/10.1007/s10877-020-00630-8>

Vygon. (2023). *Bionector com campânula de proteção*. [https://www.vygon.pt/catalogo/bionector\\_625\\_00089601](https://www.vygon.pt/catalogo/bionector_625_00089601)

Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Fiorelli, A., Vieira, K. D., Zaclikevis, V., Bartz, M., Wanzuita, R., Teixeira, C., Franke, C., Machado, F. O., Friedman, G., Andrade, J., Matos, J. D., Lamgaro, D. M., Silva, E., Costa, G., Coelho, M. E., Oliveira, M. C., Youssef, N. C., . . . Task Force of the Brazilian Association of Intensive Medicine, B. A. o. O. T. T. C. o. S. C. (2012). Guidelines for maintenance of adult patients with brain death and potential for multiple organ donations: the Task Force of the Brazilian Association of Intensive Medicine the Brazilian Association of Organs Transplantation, and the Transplantation Center of Santa Catarina. *Transplantation proceedings*, 44(8), 2260-2267. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.07.019>

Westphal, G. A., Garcia, V. D., Souza, R. L., Franke, C. A., Vieira, K. D., Birkholz, V. R., Machado, M. C., Almeida, E. R., Machado, F. O., Sardinha, L. A., Wanzuita, R., Silvado, C. E., Costa, G., Braatz, V., Caldeira Filho, M., Furtado, R., Tannous, L. A., Albuquerque, A.

G., Abdala, E., . . . Associação Brasileira de Transplante de, O. (2016). Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 28(3), 220-255. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160049>

World Health Organization (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

World Health Organization (2001). *WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*. WHO. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66860/WHO\\_CDS\\_CSR\\_DRS\\_2001.2.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66860/WHO_CDS_CSR_DRS_2001.2.pdf?sequence=1)

World Health Organization (2004). *World Alliance for Patient Safety*. WHO. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>

World Health Organization (2012). *The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action*. WHO. <https://www.afro.who.int/publications/evolving-threat-antimicrobial-resistance-options-action>

World Health Organization (2019). *Patient Safety*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

**ANEXOS**

**ANEXO A – Certificados de Participação no 4º Congresso Internacional IACS**

## CERTIFICADO

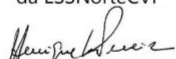
Certifica-se que:

**Gilberto Luís Alves Ferreira**

frequentou o Curso “**Gestão de Acessos Vasculares**”, realizado no dia 26 de outubro, num total de 4 horas, inserido no **4º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção**, no auditório Europarque em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 26 de outubro de 2022

Presidente Conselho Direção  
da ESSNorteCVP

  
Prof.º Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

  
Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

[www.essnortecvp.pt](http://www.essnortecvp.pt)

## CERTIFICADO

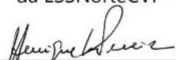
Certifica-se a presença de:

**Gilberto Luís Alves Ferreira**

no **4º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção**, realizado de 27 a 28 de outubro de 2022, no auditório Europarque em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 28 de outubro de 2022

Presidente Conselho Direção  
da ESSNorteCVP

  
Prof.º Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

  
Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

[www.essnortecvp.pt](http://www.essnortecvp.pt)

**ANEXO B – Certificados de Participação no VII Seminário de Enfermagem em  
Transplantação de Órgão**



### CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **GILBERTO FERREIRA** participou ativamente, e esteve presente no VII Seminário de Enfermagem em Transplantação de Órgãos, que decorreu em 7 de Dezembro de 2022, no Auditório Prof. Dr. Alexandre Moreira, no Centro Hospitalar e Universitário do Porto, num total de 7 horas de trabalhos.

P'1 A Comissão Científica

Enf<sup>a</sup>. Catarina Oliveira

Presidente do Seminário

Enf<sup>a</sup>. Fátima Moraes

**ANEXO C – Certificados de participação em Jornadas Nacionais de Doação de Órgãos**

---

# JORNADAS NACIONAIS DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

20 de Janeiro de 2023  
Hotel Vila Galé – Coimbra  
“Como contrariar a escassez de Órgãos”

## CERTIFICADO

Certifica-se que Gilberto Luís Alves Ferreira, esteve presente nas Jornadas Nacionais de Doação de Órgãos, realizadas a 20 de Janeiro de 2023, no Hotel Vila Galé em Coimbra.

Coimbra, 23 de Janeiro de 2023  
O Presidente das Jornadas



(Paulo Martins, MD PhD)

Patrocínio científico



SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE CUIDADOS INTENSIVOS



# JORNADAS NACIONAIS DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

20 de Janeiro de 2023  
Hotel Vila Galé – Coimbra  
“Como contrariar a escassez de Órgãos”

## CERTIFICADO

Certifica-se que Gilberto Luís Alves Ferreira, frequentou o CURSO teórico-prático PRÉ-JORNADAS – “Identificação e Manutenção de Dadores em Morte por Critérios Neurológicos”, integrado nas Jornadas Nacionais de Doação de Órgãos, do CHUC, realizado no dia 19 de janeiro de 2023, das 8:15 às 17:00 no auditório do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Classificação: APTO

Coimbra, 23 de Janeiro de 2023  
O Presidente das Jornadas



(Paulo Martins, MD PhD)

Patrocínio científico



Instituto Português  
de Saúde Transfusão e  
Transplantação (IPST)



Sociedade Portuguesa  
de Transplantação



SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE DOADORES INTENSIVOS



SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



## **ANEXO D – Parecer da Comissão de Ética**

Data: 25.01.2023

Nossa referência: 10\_2023

Relator: Juan R Garcia

Paula Vaz Marques  
Diretora Clínica  
Hospital de Braga, EPE  
25/1/23

**Parecer emitido em reunião ordinária de 25 de janeiro de 2023**

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética do Hospital de Braga (CEHB) emite o seguinte parecer em relação ao estudo ***"Detecção e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. Intervenções de enfermagem e a sua influência na qualidade do processo"***, de que é investigador principal Gilberto Luís Alves Ferreira, aluno do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com estágio a decorrer no Hospital de Braga. Será orientadora a Profª. Mara Rocha, Professora da ESS-IPVC; sob tutoria do Enfermeiro Hugo Sousa, do grupo coordenador de doação de órgãos e tecidos do Hospital. O estudo decorrerá no Serviço de Urgência/Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Braga.

O estudo pretende contribuir para a otimização da detecção e manutenção do potenciais doadores de órgãos e tecidos, de forma a dar resposta às necessidades a nível local, nacional e internacional neste campo.

Objectivo principal: - Analisar as práticas dos enfermeiros no processo de detecção e manutenção do potencial dador.

Objetivos específicos: - Identificar os fatores que influenciam as práticas do enfermeiro para a otimização do processo; - Conhecer o papel do enfermeiro na detecção e manutenção do potencial dador; - Identificar as necessidades de formação nos enfermeiros nesta área; - Potenciar a realização de formação.

Metodologia: trata-se de estudo qualitativo, exploratório-descritivo, mediante Entrevistas semiestruturadas.

Os Participantes no estudo serão Enfermeiros especialistas dos serviços de Urgência e Medicina Intensiva, que tenham contacto regular com o potencial dador de órgãos e tecidos.

As entrevistas serão realizadas após assinatura do consentimento informado.

O modelo de consentimento a propor é adequado.

Os dados a analisar serão referentes a idade, experiência profissional; e as questões seguintes:

- Qual o papel do enfermeiro no processo de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos?
- Quais os factores limitadores e facilitadores na actuação dos enfermeiros nesta área?
- Que necessidades formativas considera existirem na detecção e manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos?

Será respeitada a pseudoanonimização dos dados; a cada participante será atribuído um código, sendo chave guardada em ficheiro separado, de acesso restrito ao investigador.

Não haverá qualquer pagamento aos participantes. Deste estudo, poderá resultar uma publicação científica, sempre de forma anónima.

A Comissão de Ética entende estarem reunidas as condições da Política do Hospital [POL.043.01 - Investigação Clínica e Não-Clínica] e emite parecer favorável.

O Presidente



---

Juan R García

## **APÊNDICES**

**APENDICE A – Documentos de Composição de Sacos de Transporte Intra e Extra-hospitalar e folha de monitorização e registo de eventos**

# TRANSPORTE HOSPITALAR

## Monitorização e Registo de Eventos



### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Colar etiqueta

Diagnóstico(s)

Alergias: ☐ Sim ☐ Não

### DESTINO

Hospital e Serviço

Data de Transferência

### RAZÃO DO TRANSPORTE

- ☐ Transferência de cuidados
- ☐ Realização de MCDT
- ☐ Avaliação/Intervenção por especialidade

### EQUIPA DE TRANSPORTE

### DISPOSITIVOS

|                 |                       |                                      |
|-----------------|-----------------------|--------------------------------------|
| TOT             | <input type="radio"/> | Tamanho: ____ Nível: ____            |
| Dreno torácico  | <input type="radio"/> | Tamanho: ____ Local: ____            |
| CVC             | <input type="radio"/> | Local: ____ Nº vias: ____ Dias: ____ |
| Linha arterial  | <input type="radio"/> | Local: ____ Dias: ____               |
| Sonda gástrica  | <input type="radio"/> |                                      |
| Dreno abdominal | <input type="radio"/> | Tipo: ____ Local: ____               |
| Algália         | <input type="radio"/> | Dias: ____                           |

### CUIDADOS ESPECIAIS:

- ☐ Elevação de cabeça ☐ Colar cervical ☐ Mobilização em bloco
- ☐ Isolamento de contacto (Motivo: \_\_\_\_\_) ☐ Isolamento de via aérea/gotícula (Motivo: \_\_\_\_\_)

### MONITORIZAÇÃO:

- ☐ SpO2 ☐ ECG ☐ PA Inv ☐ PA Ninv ☐ ETCO2 ☐ Temp ☐ BIS ☐ PVC ☐ Outro: \_\_\_\_\_

|              |                  | Saída   | Durante o transporte | Chegada |
|--------------|------------------|---------|----------------------|---------|
| Ventilação   | FiO2             |         |                      |         |
|              | FR               |         |                      |         |
|              | Vtidal           |         |                      |         |
|              | SpO2             |         |                      |         |
|              | ETCO2            |         |                      |         |
| Hemodinâmica | PA               |         |                      |         |
|              | FC               |         |                      |         |
| Fluidos      |                  |         |                      |         |
|              |                  |         |                      |         |
|              |                  |         |                      |         |
| Fármacos     |                  |         |                      |         |
|              |                  |         |                      |         |
|              |                  |         |                      |         |
|              |                  |         |                      |         |
| ECG          | Olhos (1-4)      |         |                      |         |
|              | Verbal (1-5)     |         |                      |         |
|              | Motor (1-6)      |         |                      |         |
|              | Total            |         |                      |         |
| Pupilas      | Direita          | Tamanho |                      |         |
|              |                  | Reação  |                      |         |
|              | Esquerda         | Tamanho |                      |         |
|              |                  | Reação  |                      |         |
| Outros       | Glicose capilar: |         |                      |         |

**SACO DE TRANSPORTE EXTRA-HOSPITALAR  
SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Compartmento da VIA AÉREA AVANÇADA</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 x TET nº 5</li> <li>2. 1 x TET nº 6;</li> <li>3. 1 x TET nº 7;</li> <li>4. 1 x TET nº 8;</li> <li>5. 1 x cabo laringoscópio</li> <li>6. 1 x pilha extra</li> <li>7. 1 x lâmina de laringoscópio nº 3</li> <li>8. 1 x lâmina de laringoscópio nº 4</li> <li>9. 2 x sistemas fixação (nastro)</li> <li>10. 1 x mandril;</li> <li>11. 1 x seringa 10 ml;</li> <li>12. 1 x bougie</li> <li>13. 1 x lâmina de bisturi nº 22</li> <li>14. 1 x capnógrafo</li> </ol> | <b>Compartmento de VENTILAÇÃO</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 x tubo orofaríngeo nº 2</li> <li>2. 1 x tubo orofaríngeo nº 3</li> <li>3. 1 x tubo orofaríngeo nº 4</li> <li>4. 1 x máscara laringea iGe/ nº 4</li> <li>5. 1 x máscara laringea iGe/ nº 5</li> <li>6. 1 x máscara anestésica nº 4</li> <li>7. 1 x máscara anestésica nº 5</li> <li>8. 1 x máscara de Venturi</li> <li>9. 1 x máscara alta concentração</li> <li>10. 1 x tubuladura de oxigénio</li> <li>11. 1 x câmara expansora</li> <li>12. 1 x pinça de Maguill</li> <li>13. 1 x estetoscópio</li> </ol> | <b>Compartmento de CIRCULAÇÃO</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 x sistema de soro</li> <li>2. 2 x torneiras de 3 vias e prolongador</li> <li>3. 5 x tiras de Mefix e Tegaderm</li> <li>4. 2 x torniquetes</li> <li>5. 20 x agulhas de 18G</li> <li>6. 4 x cateteres periféricos de 18G</li> <li>7. 4 x cateteres periféricos de 20G</li> <li>8. 5 x seringas de 5 ml</li> <li>9. 5 x seringas de 10 ml</li> <li>10. 5 x seringas de 20 ml</li> <li>11. 4 x válvulas anti-refluxo</li> <li>12. 1 x doseador de glicemia e lancetas</li> <li>13. 2 x pacotes de compressas 10 x10 cm</li> <li>14. 1 x skinprep 20 ml</li> <li>15. 10 x obturadores</li> <li>16. 10 x eléctrodos de ECG</li> <li>17. 10 x ampolas de NaCl 5 ml</li> <li>18. 4 x ampolas de glicose hipertónica</li> <li>19. 1 x glicose 5% 100 ml</li> <li>20. 2 x mangas de soros;</li> <li>21. 2 x NaCl 0.9% 500 ml</li> <li>22. 1 x Polielectrolítico 1 L</li> </ol> |
| <b>Compartmento de MATERIAL EXTRA</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 x contentor cortantes</li> <li>2. 2 x embalagem para material usado</li> <li>3. 10 x luvas não esterilizadas</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Compartmento de ASPIRAÇÃO</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 x sonda de Yankauer</li> <li>2. 1 x sonda flexível (10F)</li> <li>3. 1 x sonda flexível (14F)</li> <li>4. 1 x tubuladura</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Bolso EXTERIOR</b><br>1 x insuflador manual com reservatório e tubuladura de oxigénio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Saco do doente (personalizável)*</b><br>*A incluir bolsa para doente traqueostomizado se aplicável: cânulas de traqueostomia do mesmo tamanho e tamanho abaixo; pinça alargadora; tesoura; bisturi; seringa de 20 ml; penso extra de traqueostomia; penso compressivo.                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**Compartmento de FÁRMACOS**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 x Adenosina 6 mg</li> <li>- 8 x Adrenalina 1 mg</li> <li>- 3 x Amiodarona 150 mg</li> <li>- 6 x Atropina 0.5 mg</li> <li>- 2 x Bicarbonato de Sódio 8.4%</li> <li>- 1 x Brometo de Ipratrópio pressurizado</li> <li>- 1 x Salbutamol pressurizado</li> <li>- 2 x Diazepam 10mg</li> <li>- 2 x Dinitrato de Isossorbido 10 mg - 3xDopamina 200mg</li> <li>- 3 x Efedrina 50 mg</li> <li>- 2 x isoprenalina 1mg/5ml</li> <li>- 2 x Etomidato 20mg</li> <li>- 2 x Flumazenil 25 mg</li> <li>- 5 x Furosemida 20 mg</li> <li>- 2 x Gluconato de Cálcio 1 g</li> <li>- 4 x Glucose Hipertónica 30%</li> <li>- 2 x Labetalol 100 mg</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 x Captopril 25mg</li> <li>- 2 x Lidocaína 1%</li> <li>- 3 x NaCl hipertónico 20%</li> <li>- 2 x Midazolam 15mg</li> <li>- 2 x Morfina 5 mg</li> <li>- 2 x Naloxona 0.4 mg</li> <li>- 2 x Noradrenalina 10 mg</li> <li>- 1 x Paracetamol 1 g</li> <li>- 2 x Propofol 1% 20 ml</li> <li>- 2 x ketamina 20mg</li> <li>- 2 x Sulfato de Magnésio 10% (1 g)</li> <li>- 4 x Rocuronio 50 mg</li> <li>- 2 x Hidrocortisona 100 mg</li> <li>- 1 x Ondasetron 8 mg</li> <li>- 3 x Fentanilo 100 mcg</li> <li>- 14 x Sugamadex 200 mg</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Outro Material de Transporte Extra-hospitalar:**

- Monitor de transporte com alarmes e desfibrilhador, em conformidade com as exigências de monitorização (incluindo capnografia se doente ventilado)
- Fonte de oxigénio com capacidade adequada –  $O_2 \text{ necessário} = [(20 + V_{min}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}] + 50\%$
- Aspirador elétrico (com baterias) e sondas de aspiração - AMBULÂNCIA
- Material para manutenção de perfusões endovenosas e respetivas seringas ou bombas volumétricas com bateria
- Ventilador de transporte, com possibilidade de monitorização do volume/minuto, e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e  $FiO_2$ , reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Equipamento de comunicações (permitindo contactos entre os hospitais de origem e destino) - PESSOAS

COMPOSIÇÃO DO SACO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR  
SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA



| Compartimento de VIA AÉREA<br>AVANÇADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Compartimento de VENTILAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Compartimento de CIRCULAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 x TET nº 6;</li> <li>1 x TET nº 7;</li> <li>1 x TET nº 8;</li> <li>1 x cabo de laringoscópio</li> <li>1 x pilha suplente</li> <li>1 x lâmina de laringoscópio nº 3</li> <li>1 x lâmina de laringoscópio nº 4</li> <li>1 x sistema de fixação (nastro)</li> <li>1 x mandril;</li> <li>1 x seringa 10 ml;</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 x tubos orofaríngeo nº 2</li> <li>1 x tubos orofaríngeo nº 3</li> <li>1 x tubos orofaríngeo nº 4</li> <li>1 x máscara laríngea iGel nº 3</li> <li>1 x máscara laríngea iGel nº 4</li> <li>1 x máscara anestésica nº 4</li> <li>1 x máscara anestésica nº 5</li> <li>1 x máscara de Venturi</li> <li>1 x máscara alta concentração</li> <li>1 x tubuladura de oxigénio</li> <li>1 x câmara expansora</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 x sistema de soro</li> <li>4 x cateteres periféricos 18G</li> <li>4 x cateteres periféricos 20G</li> <li>10 x agulhas 18G</li> <li>3 x seringas de 5 ml</li> <li>3 x seringas de 10 ml</li> <li>3 x seringas de 20 ml</li> <li>1 x pacote de compressas 10 x10 cm</li> <li>2 x NaCl 0.9% 100 ml</li> <li>2 x Glucose 5% 100 ml</li> </ol> |
| <b>Bolso EXTERIOR</b><br>1 x insuflador manual com reservatório e tubuladura de oxigénio                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Compartimento do doente (personalizável)*</b><br>*A incluir bolsa para doente traqueostomizado se aplicável: cânulas de traqueostomia do mesmo tamanho e tamanho abaixo; pinça alargadora; tesoura; bisturi; seringa de 20 ml; penso extra de traqueostomia; penso compressivo.                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**Compartimento de FÁRMACOS**

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. 8 x Adrenalina 1 mg   | 6. 2 x midazolam 15 mg       |
| 2. 3 x Amiodarona 150 mg | 7. 2 x Propofol 1% 20 ml     |
| 3. 6 x Atropina 0.5 mg   | 8. 1 x Succinilcolina 100 mg |
| 4. 3 x Dopamina 200 mg   | 9. 3 x Fentanilo 100 mcg     |
| 5. 3 x Efedrina 50 mg    |                              |

COMPOSIÇÃO DO SACO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR  
SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA



**Outro material:**

- **Monitor** de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte e reserva adicional para 30 minutos
- **Ventilador de transporte** com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e F1 O2, reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea.
- Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, de modo a não interromper nenhuma das medicações já em curso;

Nota: Em qualquer ponto do trajeto, devem estar disponíveis um aspirador e um carro de emergência (com desfibrilhador, num tempo médio de quatro minutos).

**APENDICE B – Formação de Detecção e Manutenção do Potencial dador de Órgãos  
e Tecidos**



# DETEÇÃO E MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR

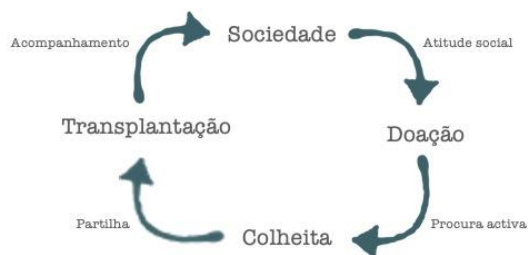
GILBERTO FERREIRA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - ESS-IPVC



## OBJETIVOS:

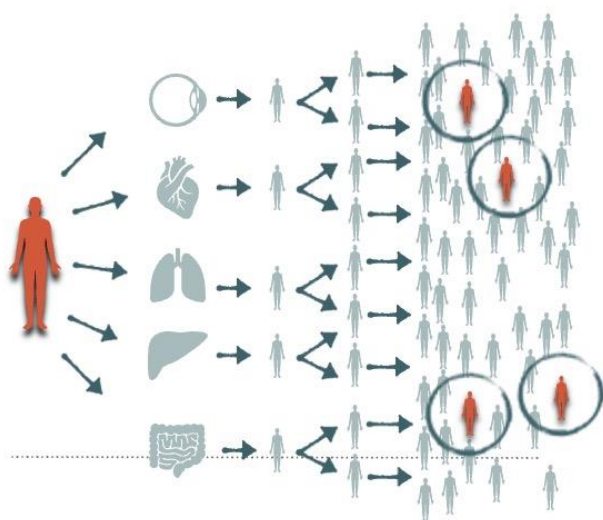
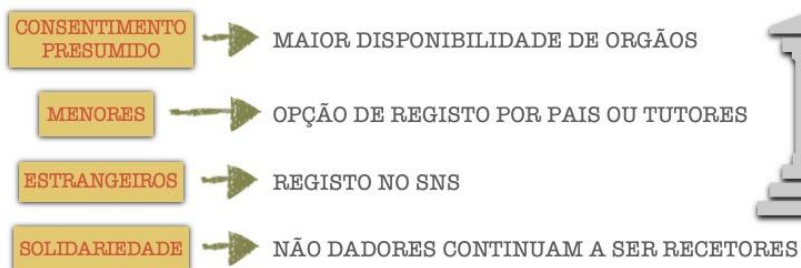
- Potenciar a detecção do potencial dador no contexto de trabalho dos profissionais;
- Optimizar o processo de manutenção do potencial dador;
- Aumentar o conhecimento na área da doação de órgãos e tecidos;
- Esclarecer sobre critérios e doação e procedimentos de diagnóstico de morte por critérios neurológicos.



## O NOVO CICLO VITAL

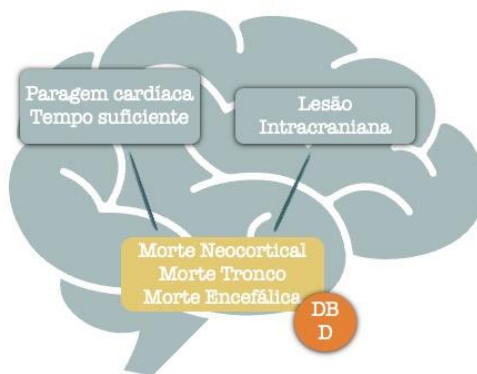
13099

## RENDA - REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES



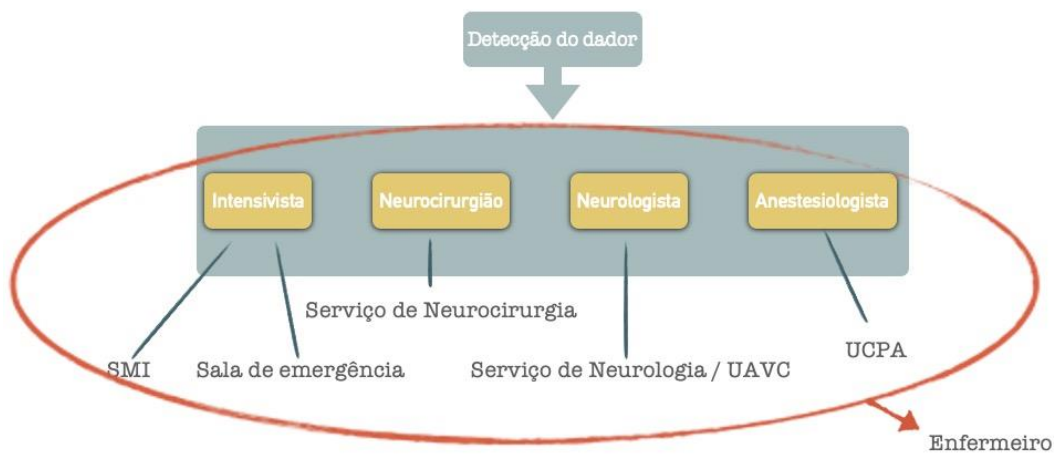
Potencial de mudança exponencial

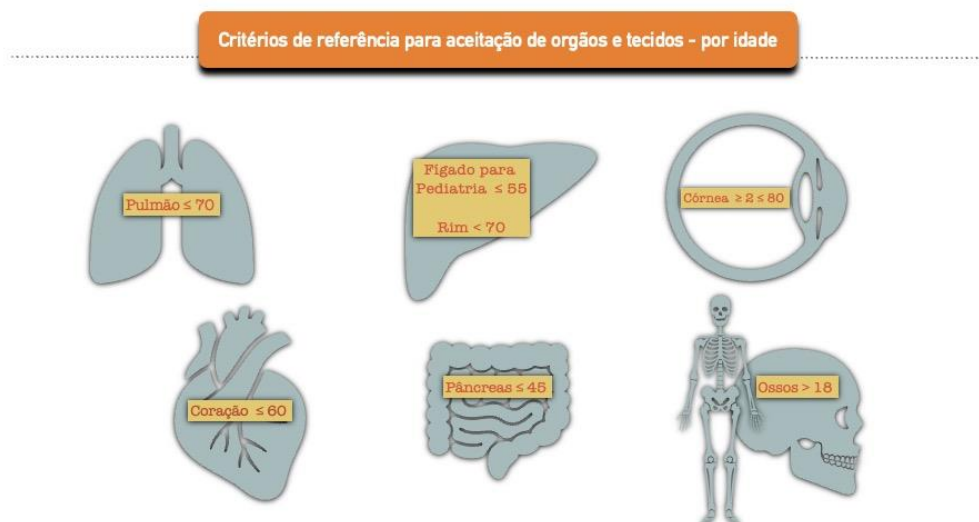
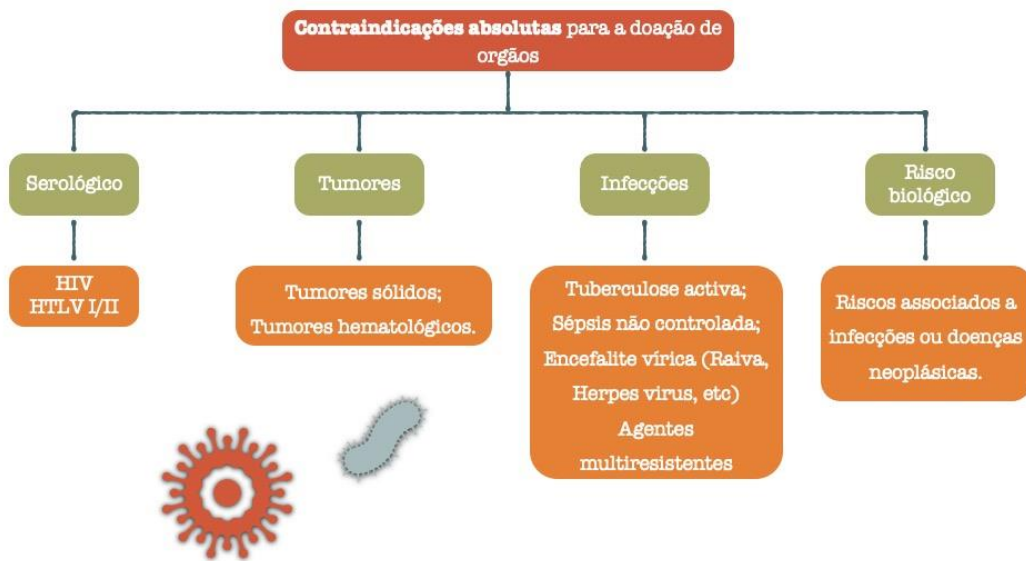
## MECANISMOS DA MORTE





# DETEÇÃO DO DADOR





## A MORTE POR CRITÉRIOS NEUROLÓGICOS

1959

- WERTHEIMER E JOUVET - "DEATH OF THE NERVOUS SYSTEM" (AO ESTUDAR DOENTES COMATOSOS E APNEICOS);

- MOLLARET E GOULON - "COMA DÉPASSÉ" (PERDA DA CONSCIÊNCIA E REFLEXOS DO TRONCO CEREBRAL, VENTILAÇÃO E EEG PLANO MANTIDO);

**CÉREBROS DISFUNCIONAIS DE FORMA IRREVERSÍVEL**

1968 - A Definition of Irreversible Coma - Committee of the Harvard Medical School.



## A MORTE POR CRITÉRIOS NEUROLÓGICOS

- CRITÉRIOS NEUROLÓGICOS NÃO MUDARAM;
- CERTEZA DE NÃO HAVER RECUPERAÇÃO;
- MAIORIA DOS PAÍSES RECONHECEM O CONCEITO;
- RESPEITAR DOENTES E FAMILIARES RESPEITANDO A DIGNIDADE DA MORTE.

Morte cerebral total → Avaliação clínica + exame complementar

Morte do tronco cerebral → Avaliação Clínica

## A MORTE POR CRITÉRIOS NEUROLÓGICOS

- **Três sinais obrigatórios:** GCS 3, Ausência de reflexos do tronco cerebral e ausência de ventilação espontânea;

- Etiologia irreversível e suficiente para causar morte;
- Excluídos efeitos de depressores do SNC e bloqueadores neuromusculares;
- Excluídos distúrbios metabólicos graves (electrólitos, ácido-base ou endócrinos);
- Identificar qualquer condição traumática ou défice pré-existente que condicione a avaliação clínica (ex.: lesão medular cervical...).

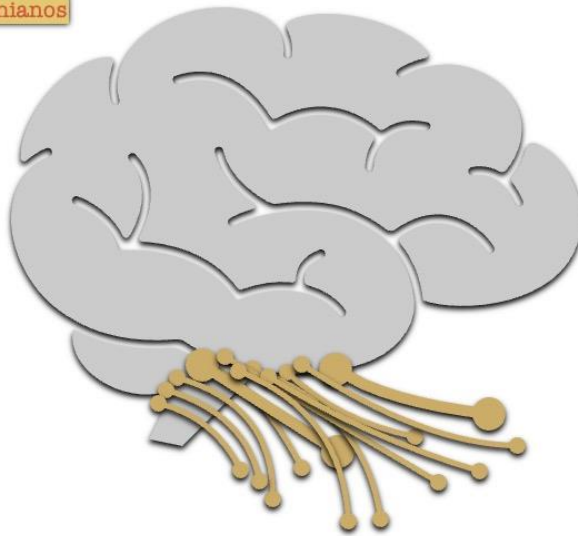
- Todos os estímulos com total ausência de resposta;
- Qualquer resposta neurológica, motora ou autonómica devido a estimulação do tronco cerebral exclui o diagnóstico.



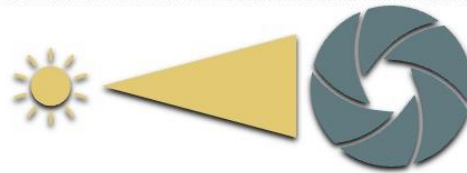
# MORTE CEREBRAL

### 12 pares de nervos cranianos

- I Olfatório
- II Óptico
- III Oculomotor
- IV Troclear
- V Trigêmeo
- VI Abducente
- VII Facial
- VIII Vestibulococlear
- IX Glossofaríngeo
- X Vago
- XI Acessório
- XII Hipoglosso

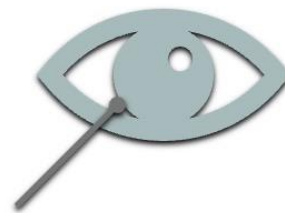


## VERIFICAÇÃO DOS REFLEXOS DEPENDENTES DO TRONCO CEREBRAL (SEMILOGIA)



### Reflexos fotomotores:

- Observação das pupilas em repouso e após estimulação repetida com foco de luz intensa (pupilometro?);
- As pupilas devem estar dilatadas (tamanho médio ou grande) e fixas (sem resposta direta ou consensual à luz);
- Aguardar pela eliminação da Atropina ou outros fármacos que possam interferir com o tamanho e resposta pupilar antes de realizar o diagnóstico;



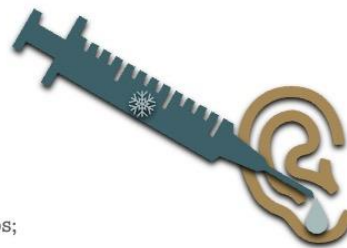
### Reflexos corneopalpebrais:

- Estimulação repetida da córnea com uma cotonete esterilizada;
- O estímulo deve ser feito na córnea (não na conjuntiva) sem que as pálpebras sejam forçadas a manterem-se abertas;
- Reflexo abolido: ausência de qualquer movimento palpebral.



#### **Reflexos oculocefálicos (efeito olhos de boneca):**

- ~~Rotação da cabeça para a direita e para a esquerda com um movimento seco aguardando, de cada lado, 3 a 4 segundos;~~
- **Resposta normal:** rotação contralateral dos olhos;
- **Reflexo abolido:** os globos oculares mantêm-se fixos e os olhos acompanham passivamente o movimento da cabeça;
- Dispensa deste reflexo no caso de suspeita de traumatismo cervical.



#### **Reflexos oculovestibulares:**

- Posicionamento da cabeça 30° acima do plano do leito;
- Verificar a permeabilidade dos canais auditivos externos;
- ~~Instilação no canal auditivo externo através de um cateter com um mínimo de 50 cc de água a 4°C. Aguardar no mínimo 5 minutos entre a estimulação de um e outro lado;~~
- **Resposta normal:** desvio tônico dos olhos para o lado da estimulação;
- **Reflexo abolido:** ausência de resposta (qualquer movimento ocular) no mínimo durante 2 minutos;
- Pode ser realizado em caso de perfuração timpânica e de hemotímpano;
- Evitar drogas que diminuam ou promovam a abolição dos reflexos oculovestibulares (aminoglicosídeos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes e agentes quimioterápicos).

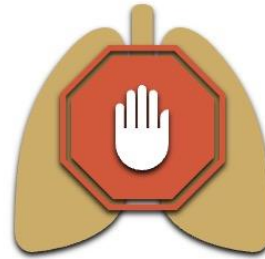


#### **Reflexo faríngeo (nauseoso):**

- ~~Estimulação da orofaringe com uma espátula;~~
- **Resposta normal:** elevação do véu do paladar;
- ~~Deve ser complementado com a estimulação traqueo-brônquica procurando o~~  
**reflexo da tosse** (reflexo traqueal profundo), utilizando uma sonda de aspiração cuja extremidade ultrapasse o tubo endotraqueal.

#### Teste de apeia:

- Pré-oxigenação com  $\text{FiO}_2$  1.0 pelo menos 5 minutos, Gasimetria basal ( $\text{pH}$  7.38-7.40;  $\text{PaCO}_2$  35-45 mmHg);
  - Desconexão do ventilador, oxigenação com 6-8 L/min de  $\text{O}_2$  pelo TOT cerca de 5-10 minutos
- Obter  $\text{PaCO}_2 \geq 60$  mmHg ou 20 mmHg acima do basal (Ex: DPOC):
- $\text{PaCO}_2$  confirmada por Gasimetria;
  - Sem movimentos respiratórios espontâneos nem "drive" respiratório;  
(Possível ocorrer pequenos movimentos devido aos batimentos cardíacos)
  - Manter durante todo o teste saturação de  $\text{O}_2$  adequada;
  - Último a ser realizado.



CPAP e 100 % oxigênio sem qualquer suporte ventilatório (cerca de 5-10 minutos)

Excluir qualquer movimento ventilatório ou "drive" por **observação e capnografia;**



Nas hipoxemias graves, hipoventilar reduzindo volume minuto em cerca de (após pré-oxigenação), para obter  $\text{PaCO}_2$  requerida. Depois mudar para CPAP durante 1 minuto com ou sem desconexão

Gasimetria repetida até alcançar  $\text{PaCO}_2 \geq 60$  mmHg

## EXAMES COMPLEMENTARES

#### - Colapso circulatório cerebral:

- Arterografia;
- Cintigrafia cerebral;
- Doppler transcraniano;
- AngioTAC.



#### - Ausência de actividade bioelectrica:

- EEG;
- Potenciais evocados.

## INTERVALO DE TEMPO NECESSÁRIO

---

- Legislação portuguesa requer 2 avaliações com intervalo mínimo de 2h;
- Alguns países requerem pelo menos 2 avaliações separadas, com 6h de intervalo;
- Doentes comatosos após paragem cardíaca submetidos a hipotermia.

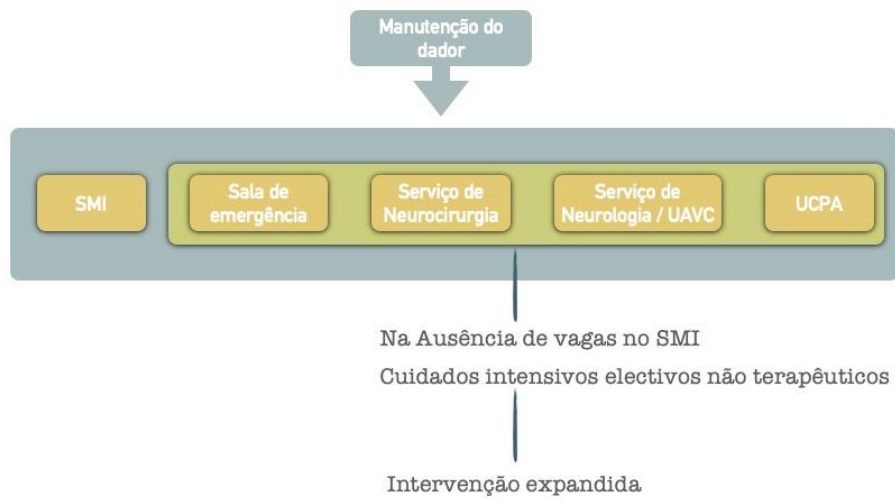


## SITUAÇÕES PARTICULARES

---

- Perda da integridade craniana;
- Efeito de fármacos depressores do SNC;
- ECMO;
- Hipotermia terapêutica;
- Crianças: 7 dias a 2 meses estender o período de observação a 48h, 2 meses a 1 ano realizar 2 avaliações com pelo menos 24h de intervalo.





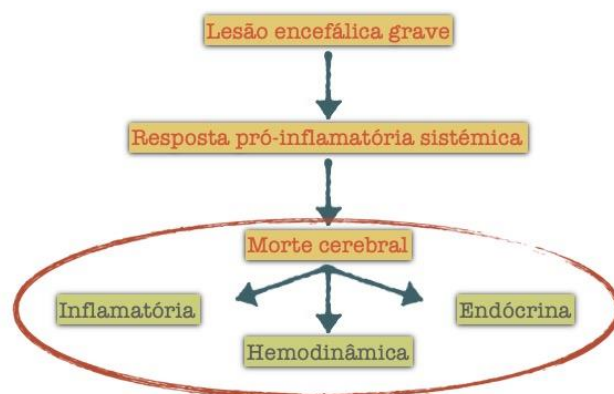
## CUIDADOS INTENSIVOS ELECTIVOS NÃO TERAPÊUTICOS

- Início ou manutenção do suporte ventilatório e hemodinâmico com possibilidade de internamento em unidade de cuidados intensivos apesar da existência de lesão cerebral catastrófica com foco no potencial de doação.

Cuidados dirigidos maximizam o número de órgãos disponíveis e preservam a sua qualidade

Sala de emergência - transferir logo que possível





## 1ª FASE - TEMPESTADE ADRENÉRGICA - REFLEXO DE CUSHING

- Encravamento das amígdalas;
- Descarga Simpática massiva
- 3-4 horas:

- HTA;
- Bradicardia;
- Bradipneia.

Triade de Cushing

- Arritmias e alterações de ECG;
- Hipertermia.

- Tratamento da crise hipertensiva



- 1º Urapidil E.V. Ou Nifedipina E.V. (ainda indisponível em Portugal!?!?);
- 2º Betabloqueante de acção curta (Esmolol se necessário reduzir a F.C.).

### Atenção:

- Betabloqueantes podem levar a um aumento das resistências vasculares periféricas e ao risco de choque.
- Após a crise poderá ocorrer hipotensão grave.

## 2ª FASE - HIPOTENSÃO PROFUNDA - REDUÇÃO ACENTUADA DA DESCARGA SIMPÁTICA

- Redução das catecolaminas;
- Disfunção do centro vaso-motor:
  - Diminuição da resistência vascular periférica;
  - Vasodilatação.
- Hipovolêmia;
- Deterioração da função cardíaca:
  - Diminuição das hormonas (catecolaminas);
  - Aumento do metabolismo anaeróbio - acidose.

## MANUTENÇÃO DO DADOR EM CONSEQUÊNCIA DA CESSAÇÃO DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. Arritmias
2. Hipovolêmia
3. Diabetes Insípida.
4. Hipernatrémia
5. Hipotensão
6. Hormonas
7. Hipo/Hipertermia
8. Nutrição
9. Alterações Hematológicas
10. Lesão Pulmonar
11. Desregulação autonómica e reflexos medulares.



### 1. Arritmias

#### **BRADICARDIA:**

- Atropina - NUNCA;
- Dopamina;
- Isoprenalina;
- Adrenalina;
- Pace.

#### **TAQUIDISRRITMIAS:**

- Corrigir distúrbios hidroelectrolíticos;
- Amiodarona.



## 2. Hipovolêmia

- Frequente;
- Fluidoterapia de grande volume pode ser necessária.

### A escolha da terapêutica deve ter em conta:

- Restrições de volume;
- Desidratação prévia (ex: tratamento do edema cerebral);
- Diabetes insípida.



## 3. Diabetes Insípida.

Falta de hormona antidiurética

Tratar de imediato!!!

Muito comum (70% dos dadores)

Caracterizada por:

- Poliúria - diurese > 2mL/Kg/h e densidade < 1.005;
- Rápido desenvolvimento de hipernatrémia na forma de desidratação hipertónica;
- Hipocaliémia.

Se não for tratada leva a rápida perda renal de água e distúrbios eletrolíticos graves (hipernatrémia)



### Tratamento:

- Reposição da hormona anti-diurética;
- Desmopressina;
- Reavaliar após 30 min.

### Alternativa:

- Vasopressina 0,8 - 1 U/h



#### 4. Hipernatrémia

Com hipovolémia (PVC < 7 mmHg):

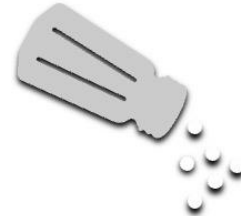
- Água pela SNG
- Glicose 5% (com insulina), após reposição da volémia com cloreto de sódio isotônico



MONITORIZAR GLICÊMIA E POTÁSSIO

Como o metabolismo está reduzido a Glicose 5% pode gerar:

- Hiperglicémia grave;
- Diurese osmótica;



Com normo ou hipervolémia (PVC > 10 mmHg):

- Soluções sem eletrólitos podem causar sobrecarga hídrica;
- Furosemida;
- Repôr volume de diurese horária com glicose 5%;
- Água pela SNG pode ajudar a alcançar a normonatremia;
- Hipocaliémia: repor K+.



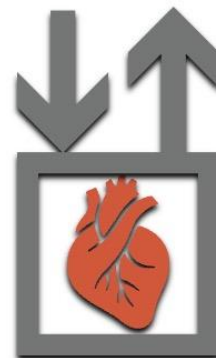
#### 5. Hipotensão

Hipotensão e vasopressores:

Objetivos: **PAM 60-110 mmHg**  
**Diurese > 0,5 ml/Kg/h**

**Tratamento:**

- Parar toda a medicação hipotensora;
- Fluidoterapia até 4 - 12 mmHg (4 - 8 mmHg dadores de pulmão);
- Plasma fresco congelado apenas nos distúrbios da coagulação;
- Concentrado eritrocitário - hematócrito 20 - 30%.



- PVC é a ferramenta mais comum (fácil acesso) mas pode ser enganadora;
- Monitorização hemodinâmica mais avançada é recomendado;
- Ecocardiografia;
- PICCO® ou equivalente (ELWI para controlar edema pulmonar);
- Cateter da artéria pulmonar;



Facilitam a determinação do perfil hemodinâmico e das causas de hipotensão.

Hipotensão e vasopressores:

#### Noradrenalina

- Geralmente 1ª escolha dose  $>0.2\text{g/Kg/min}$  deve preocupar.

#### Dobutamina

- Se disfunção miocárdica recomendada a associação com noradrenalina.

#### Dopamina ( $<4\mu\text{g/Kg/min}$ )

- Redução da necessidade de diálise após transplante de rim;
- Sem impacto significativo na sobrevida;
- Mitigar lesões de preservação a frio dos enxertos cardíacos;
- Protecção das células endoteliais do stress oxidativo durante a conservação a frio.



## 6. Hormonas

#### Metilprednisolona (instabilidade hemodinâmica):

- Imediatamente após MC ( $15\text{mg/Kg}$ );
- Recomendado para benefício hemodinâmico e impacto positivo na transplantação pu
- Melhoria da oxigenação do dador e utilização dos pulmões.

#### Hidrocortisona:

- 100mg bólus inicial, 200 mg perfusão contínua;



Corticoterapia precoce, nos potenciais dadores de MC com falência circulatória, reduz signifi

### Outras hormonas

Tri-iodotironina (T3) ou Levotiroxina (T4):

- Benefício pouco claro
- Pode ser útil em dadores instáveis sem resposta à reposição volémica e vasopressores como terapêutica de resgate com

Insulina:

- Desregulação glicémica (corticoterapia)
- Glicemia alvo < 150 mg/dL
- Insulina pode ter efeito anti-inflamatório e reduzir citocinas em adição aos benefícios do controlo de glicémia.

### 7. Hipo/Hipertermia

Hipotermia (<35°C):

- Cobrir dador com película metálica;
- Cobertores eléctricos;
- Sopradores de ar quente;
- Aquecer soros.

VS

Hipertermia (>38°C):

- Falência da regulação central;
- SIRS sem infeção;
- Ou SIRS combinada com infeção relevante
- ↓
- Arrefecimento periférico
- Soros frios
- Paracetamol?

Poiqilothermia!?

### 8. Nutrição

**NUTRIÇÃO ENTÉRICA** deve ser iniciada ou mantida em todos os dadores.

**NUTRIÇÃO PARENTÉRICA** não deve ser iniciada, apenas mantida.

Infeção  
Qualidade  
dos  
Tecidos



## 9. Alterações Hematológicas



Frequentes nos doadores

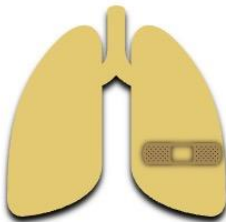


### Valores alvo:

- Hemoglobina > 7 - 9 g/dL;
- Hematócrito > 20 - 30%;
- Plaquetas > 50 gr/L;
- Fibrinogénio > 1 gr/L (>100mg/dL);
- Protrombinémia > 40% e/ou ratio TCC < 1.5.

## 10. Lesão Pulmonar

### Mecanismo de lesão pulmonar



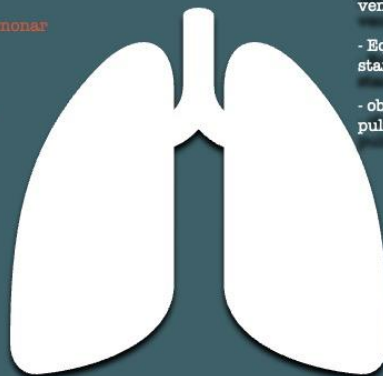
- Manobras de ressuscitação;  
*Manobras de ressuscitação*
- Edema neurogénico;  
*Edema neurogénico*
- Aspiração de conteúdo gástrico;  
*Aspiração de conteúdo gástrico*
- SIRS (antes, durante e depois da MC);  
*SIRS (antes, durante e depois da MC)*
- Ventilação mecânica sub-ótima.  
*Ventilação mecânica sub-ótima*

Medidas de recrutamento alveolar frequentes:

- Reverter deterioração pulmonar
- Medida preventiva:
- Radiografia tórax normal;
- PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 300 mmHg.

Recomendada estratégia de ventilação protectora:

- Equivalente aos "cuidados standard" dos doentes;
- objectivo de aumentar número de pulmões.



## Como?

### 1) Ventilação protectora:

- Baixo Vt;
- Manobras de recrutamento;
- PEEP elevada.

### 2) Monitorização hemodinâmica invasiva para otimizar parâmetros:

- Restrição hídrica com ELWI alvo baixa.

### 3) Corticoides



### Proteção pulmonar:

#### Prevenção de atelectasias e infeção

- Mucolíticos;
- Humidificação dos gases respiratórios;
- Manobras de recrutamento alveolar;
- Aspiração de secreções;
- Posicionamentos e elevação da cabeceira;
- Desinfecção das mãos antes da manipulação da via aérea;
- Higiene oral;
- Medição da pressão de cuff e aspiração sub-glótica.

### 11. Desregulação autonômica e reflexos medulares.

#### Sinais típicos:

- Hipertensão;
- Taquicardia;
- Movimentos reflexos.



Opióides e relaxantes musculares

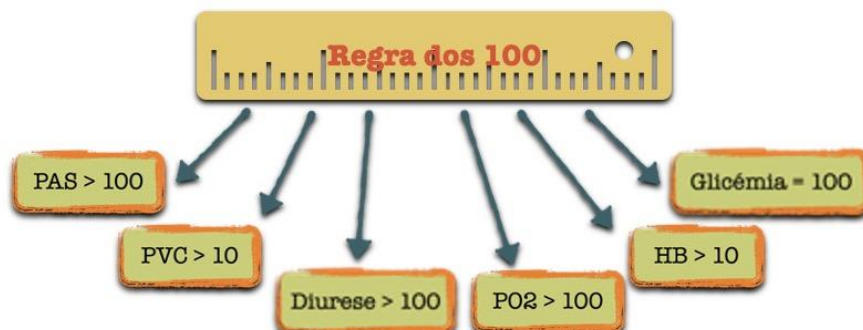


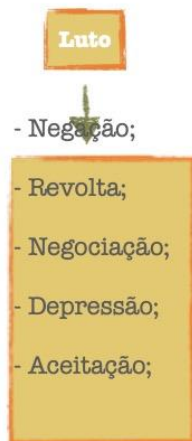
Evitar reflexos medulares e hipertensão causados pelo estímulo cirúrgico e reduzir hemorragia

Momento ótimo para a colheita?

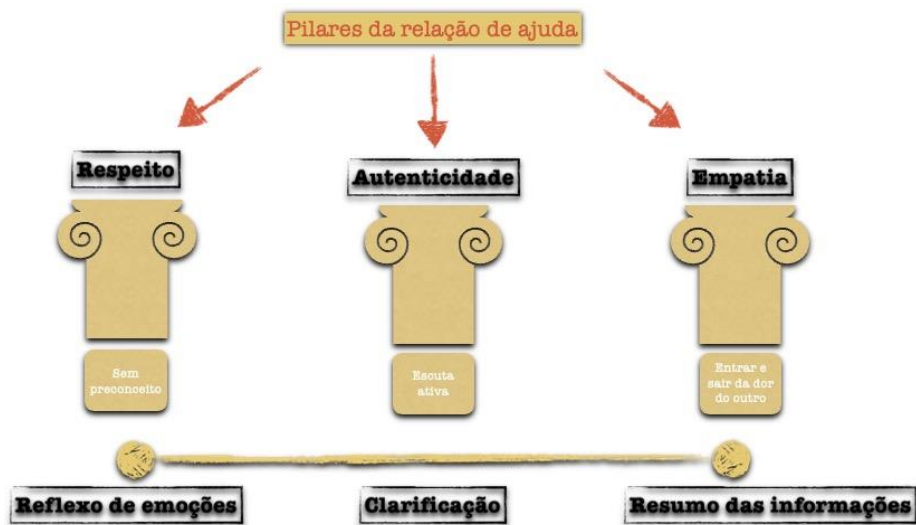


Tempos mais longos associados com melhoria das trocas gasosas, redução da água pulmonar, desmame de inotrópicos e melhoria da taxa de transplantação cardíaca e pulmonar





Elizabeth kubler-ross



#### Comunicação de más notícias

- Perguntar à família se entende o diagnóstico de morte encefálica;
- Adequar o diálogo ao ritmo de compreensão da família (Silêncio);
- Evitar linguagem técnica;
- Responder às perguntas;
- Identificar as necessidades imediatas da família.



- Discutir a possibilidade de doação, colheita de informação pertinente para o efeito.



# Obrigado!

## BIBLIOGRAFIA

- ... Transplant Procurement Management (2007). Programa Avançado em Coordenação de Doação/Transplantação. ....
- European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. (2022). Guide to the quality and safety of organs for transplantation - 8th edition.
- Westphal, G. A., Garcia, V. D., Souza, R. L., Franke, C. A., Vieira, K. D., Birkholz, V. R., Machado, M. C., Almeida, E. R., Machado, F. O., Sardinha, L. A., Wazzuza, R., Silvado, C. E., Costa, G., Bravata, V., Caldeira Filho, M., Puriado, R., Tannous, I. A., Albuquerque, A. G., Abdala, E., ... Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. (2016). Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. Rev Bras Ter Intensiva, 28(3), 220-226. <https://doi.org/10.5935/0103-607X.R20160049> (Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica.)
- Aubrey, P., Arber, S., & Tyler, M. (2006). The organ donor crisis: the missed organ donor potential from the accident and emergency departments. Transplant Proc, 40(4), 1008-1011. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2006.03.009>
- da Silva Bento, P., Santiago, A. D., Vendrame Saes, L. S., Erbe Pessoa, J. L., Ockner Silva, T. L., Schirmer, J., & de Aguiar Rosa, B. (2020). Loss of Potential Donors Due to Hemodynamic Maintenance. Transplant Proc, 52(5), 1226-1230. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.05.000>
- Hospital de Braga (2021). PRO.SMI.038.02: diagnóstico de morte cerebral: procedimento específico.
- Manayilath, M. (1999). Organization of Organ Donation and Role of Coordinators. Transplant Procurement Management. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation, 10(2), 176-182. [https://journals.hww.com/sjkdt/PdfText/1999/1002/0/organization\\_of\\_organ\\_donation\\_and\\_role\\_of\\_11.aspx](https://journals.hww.com/sjkdt/PdfText/1999/1002/0/organization_of_organ_donation_and_role_of_11.aspx)
- Decreto Lei n.º 944/94. Regula o Registo Nacional de não Dadores. Diário da República, I A Série, n.º 223 (1994-09-25) <https://files.diariodarepublica.pt/1a/1994/09/223a/00/0726/0726.pdf>
- Despacho n.º 7710/2018. Publica a aprovação das alterações ao plano de estudos do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado na Escola Superior de Saúde deste instituto., Diário da República, II Série, n.º 184 (2018-08-10), pp. 22044 - 22046. <https://files.diariodarepublica.pt/2a/2018/08/1840/00000/22044/22046.pdf>
- Despacho n.º 9282/2019. Altera o Despacho n.º 99901/2007 (Criação e constituição da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante), publicado no Diário da República, 2.ª série, de 26 de novembro. Diário da República, II Série, n.º 197 (2019-10-14) <https://files.diariodarepublica.pt/2a/2019/10/1970/00000/018300184.pdf>
- Belmonte, A., Córdova, E., Ancher, N., Delpiere, C., Sana, M., Bartlett, D., Butic, M., Gerasimovich, M., Cardenas, G., Carvalheiro, A., Casaroli Marano, R., Charpentier, J., Coco, T., Delmonico, F., Castro, N., Dominguez-Gil, B., Dominguez-Roldán, J., Caballero, E., Ramirez, J., ... Gallardo, J. (2020). Transplant Procurement Management Manual. 4th edition.

## **APÊNDICE C – Guião de entrevista**

**Guião da entrevista:**

**Local da entrevista:** Serviço de Urgência/Serviço de Medicina Intensiva

**Entrevistador:** Gilberto Luis Alves Ferreira

**Tema:** Detecção e manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos: intervenção do enfermeiro

**Objetivo:** Conhecer as práticas dos enfermeiros na detecção e manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.

Entrevista nº \_\_\_\_;

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

hora de início \_\_\_\_:\_\_\_\_;

Hora de fim: \_\_\_\_:\_\_\_\_;

**Execução/legitimação da entrevista:**

- Apresentação do entrevistador;
- Apresentação do estudo (tema e objetivo geral);
- Informação sobre a salvaguarda dos princípios éticos
- Pedido de Consentimento informado (assinado) e pedido de autorização para a gravação da entrevista;
- Estabelecimento de clima de confiança.

**Recolha de dados sociodemográficos do entrevistado/a**

Idade:

Género:

Habilitações académicas:

Tempo de exercício profissional:

Tempo de exercício profissional na área do Serviço de Urgência e/ou Serviço de Medicina Intensiva:

**Temáticas a abordar na entrevista:**

- Que intervenções são realizadas pelos enfermeiros no processo de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos?
- Quais são os fatores limitadores na intervenção do enfermeiro no processo de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos?
- Quais os fatores facilitadores da intervenção dos enfermeiros neste âmbito?
- Quais as necessidades formativas dos enfermeiros para intervir no processo de detecção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos?

- Que estratégias podem, na sua perspectiva, otimizar a deteção e/ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos?

**Finalização da entrevista:**

- Informação do fim da entrevista ao entrevistado;
- Abrir espaço para esclarecimentos;
- Caso seja requisitado, a informação recolhida sob a forma de gravação será validada junto do/a entrevistado/a;
- Acordar disponibilidade para validação da informação transcrita;
- Agradecimento pela disponibilidade e participação, e despedida.

## **APENDICE D – Matriz de redução de dados das entrevistas**

| Área temática                                                                                                      | Categoria                            | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Intervenções realizadas pelos enfermeiros no processo de manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.</b> | <b>Manutenção do potencial dador</b> | <p><i>“(...) Tudo que seja necessário para manter a estabilidade hemodinâmica do doente. Intervenções farmacológicas, não farmacológicas que contribuam para manter a estabilidade (...)” E1</i></p> <p><i>“Normalmente estamos mais direcionados para a questão da recuperação do doente [à entrada na sala de emergência] ... ainda não pensamos tanto em termos de dadores (...)” E2</i></p> <p><i>“Não tanto nosso, mas passa um bocadinho por nós quando fazem as provas de morte cerebral, usar material estéril... para não danificar a córnea por exemplo (...)” E3</i></p> <p><i>“(...) a vigilância e monitorização... cuidar a parte tegumentar [posicionamentos de forma regular] ... a nossa vigilância é extremamente importante, porque dependendo do tempo que decorre entre o momento em que é considerado morto até a colheita, a instabilidade do doente também é muito grande (...)” E4</i></p> <p><i>“A avaliação pupilar, do estado de consciência através de estímulo doloroso, a avaliação da pressão intracraniana e avaliação da hemodinâmica.” E5</i></p> <p><i>“a detecção é muito médica ... cabe-nos muito mais só a manutenção.” E6</i></p> <p><i>“quando há essa identificação, esse tipo de doentes as intervenções que existem são as mesmas do início da manutenção doente crítico (...)” E7</i></p> <p><i>“A nossa abordagem aqui é mesmo tentar estabilizar o doente o máximo possível e termos uma vigilância apertada.” E9</i></p> <p><i>“(...) acho que o nosso papel é menos, tem menos peso na detecção, o do enfermeiro, mas tem mais peso na manutenção... Em termos mais minuciosos nós somos essenciais na manutenção, em toda a manutenção do equilíbrio hemodinâmico do doente e no manuseio da via aérea pela possível doação de pulmão... ter cuidado com as aspirações de secreções.” E10</i></p> |

| Área temática | Categoria                                      | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <b>Alerta à equipa sobre o potencial dador</b> | <p><i>“(...) mais da parte da equipa médica. Mas por vezes em equipa acaba por se discutir ou até por ser um enfermeiro a lembrar (...)” E1</i></p> <p><i>“(...) às vezes é questionada a parte médica [por parte dos enfermeiros] se há ou não essa intenção. Outras vezes somos nós mesmo que nos lembramos (...)” E2</i></p> <p><i>“(...) a minha perceção é até que esta questão dos doadores de órgãos é só se alguém se lembra [depois de esgotadas as opções de tratamento e em discussão na equipa] (...)” E8</i></p> <p><i>“A nível de deteção, acho que podíamos fazer mais. ... Poderíamos ser mais interventivos no sentido de falar com a equipa ... no sentido de perguntar se realmente há alguma possibilidade de ser um potencial dador.” E9</i></p> |
|               | <b>Interação com a Família</b>                 | <p><i>“Tentamos integrar a família nisto, embora também esteja muito direcionado para a parte médica, na comunicação e o processo todo até ao final.” E6</i></p> <p><i>“(...) o que tento sempre fazer é acompanhar o médico na decisão e na informação à família, em dizer o estado do doente, acho que devem ser sempre ambos os profissionais [médico e enfermeiro] a fazer.” E9</i></p> <p><i>“Na manutenção, temos um papel preponderante e acho que não só nos cuidados em enfermagem, mas digamos assim mais minuciosos, desde o cuidado ao corpo do doente, mas sim, em toda a área abrangente, desde o acolhimento à família, desde o momento em que a família toma a perceção da possível doação dos órgãos do seu familiar.” E10</i></p>                   |

| Área temática                                                                                  | Categoria           | Subcategoria                  | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fatores que interferem na intervenção do enfermeiro no processo de deteção e/ ou manutenção do | Fatores limitadores | Sobrecarga de trabalho        | <p>“(…) pela ocupação do enfermeiro com outras questões acaba porque se calhar não ser logo o primeiro pensamento [a doação] ... Quando ficamos com o doente em sala mais por tempo mais prolongado, talvez depois de tudo realizado [estabilização], começemos a pensar num outro âmbito e numa forma mais maximizada (…)” E1</p> <p>“(…) ter dois dadores para cuidar ao mesmo tempo (…)” E4</p> <p>“(…) o nosso cansaço ou a agitação do serviço ou a complicação de outro doente que possamos ter, pode minimizar a nossa atenção para esse doente (…)” E10</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                |                     | Falta de conhecimento na área | <p>“(…) Talvez se calhar com formação pudéssemos estar um pouco mais despertos (…)” E1</p> <p>“Formação anual é muito pouco para este tipo de temática.” E3</p> <p>“O enfermeiro sem esse conhecimento ... não consegue detetar uma prioridade ou aquilo pode ser um desequilíbrio para o doente.” E4</p> <p>“(…) falta de conhecimentos e de formação.” E5</p> <p>“(…) penso que será formação, sem dúvida (…)” E6</p> <p>“Neste momento, temos o equipamento, temos os operacionais, só não temos ainda a filosofia, a componente cognitiva ... Atualmente é a falta de conhecimento do que são os critérios de inclusão, critérios de exclusão (…)” E7</p> <p>“(…) há um déficit também de formação da parte da equipe de enfermagem, no sentido de perceber quais são os critérios que possibilitam que o doente venha a ser um possível dador.” E9</p> |

| Área temática | Categoria | Subcategoria                                     | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|-----------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |           |                                                  | <i>“(...) falta de conhecimentos para a detecção também é muito importante, mas a falta de conhecimentos, essencial focando mais na manutenção. Mas essencialmente é a falta de conhecimentos.” E10</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|               |           | <b>Falta de conhecimento da parte da família</b> | <i>“(...) muitas vezes na detecção, um fator limitador é a família [pela sua falta de conhecimento sobre doação e transplantação] ... e se tivéssemos uma abordagem à família multidisciplinar, num ambiente mais adequado e mais cuidado, muitas vezes a intervenção como enfermeira após a detecção do potencial dador com a família seria mais fácil.” E3</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|               |           | <b>Falta de comunicação interdisciplinar</b>     | <i>“(...) facilitava-me se calhar o apoio clínico e uma abordagem multidisciplinar (...)” E3</i><br><i>“(...) nós não fazemos parte dessa detecção. Ou seja, não há uma comunicação entre (na minha opinião) a equipa médica equipa de enfermagem (...)” E4</i><br><i>“(...) a equipa multidisciplinar ... não existe, talvez um processo de equipa (...)” E6</i><br><i>“Resistencia médica em encaminhar pra doação [durante a discussão em equipa]” E8</i><br><i>“(...) a comunicação da equipa multidisciplinar na sala de emergência nem sempre é a melhor e, portanto, ha informação que por vezes, um enfermeiro só sabe mais tardiamente (...)” E9</i><br><i>“Os fatores de limitação na detecção traduzem-se essencialmente, porque nós estamos num serviço, como já disse aqui, na primeira questão, em que o doente vem ou não vem sinalizado, se vem sinalizado meu papel na</i> |

| Área temática | Categoria | Subcategoria                                                            | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |           |                                                                         | <i>deteção, não existe. Se não vem sinalizado, o meu papel vai se vai se fazendo ao longo do internamento.” E10</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|               |           | <b>Escassez de equipamentos</b>                                         | <i>“(...) temos o facto de não haver Monitorização... não temos monitores bons para todos os doentes [monitores que permitam a realização das monitorizações invasivas necessárias] (...)” E5</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|               |           | <b>Falta de Experiência profissional</b><br><br><b>Dotações seguras</b> | <i>“(...) frequência dessas intervenções (...)” E7</i><br><i>”(...) a inexperiência com este tipo de doentes parecem-me ser os fatores que limitam mais a minha atuação.” E10</i><br><br><i>“Normalmente o enfermeiro que está encarregado pelo dador tem mais doentes... O enfermeiro não está só com um doente ou especificamente só com aquele doente (...)” E1</i><br><i>“Óbvio que se tivermos [no SMI] rácios 1:1 é mais fácil.” E3</i><br><i>“São doentes muito trabalhosos... a vigilância tem de ser tão minuciosa que se tivermos mais doentes fica difícil fazer tudo de forma adequada.” E10</i> |

| Área temática | Categoria                    | Subcategoria                                            | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <b>Fatores favorecedores</b> | <b>Experiência profissional da equipa de Enfermagem</b> | <p><i>“(...) a casuística é [um fator] facilitador ... e quanto maior a diferenciação que o enfermeiro tem maior facilidade e o à-vontade que tem em lidar com este tipo de situações.” E1</i></p> <p><i>“Uma rápida deteção com rápida intervenção nos cuidados a ter na estabilização do doente a partir do momento que é realizado o diagnóstico de morte cerebral.” E5</i></p> <p><i>“(...) somos os primeiros que estamos a cabeça do doente e somos os primeiros a identificar os sinais precoces de um possível dador... temos mais prática com a manutenção destes doentes (...)” E6</i></p> <p><i>“(...) se eu tenho mais experiência e já lidei com muitos doentes, potencialmente dadores de órgãos e tecidos, eu vou estar mais segura do meu trabalho (...)” E10</i></p> |
|               |                              | <b>Formação</b>                                         | <p><i>“(...) vamos tendo algumas formações (...)” E1</i></p> <p><i>“(...) [maior] frequência da formação, se calhar facilitava a nossa abordagem.” E3</i></p> <p><i>“(...) irmos no sentido do que evidência nos diz que é mais recente e mais apropriado para os doentes e para as novas intervenções, tecnologias e tudo mais.” E7</i></p> <p><i>“(...) termos um grande número de enfermeiros especialistas na área do doente crítico, ou então na área da médico-cirúrgica que são pessoas que na sua escolha especialidade à partida estão os são mais focados no doente crítico.” E7</i></p>                                                                                                                                                                                    |

| Área temática | Categoria | Subcategoria                                     | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-----------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |           | <b>Experiência profissional da equipa médica</b> | <p><i>“O facto de sermos autónomos, termos algum conhecimento e à vontade para dizermos se esse caso dava para dador de órgãos.” E8</i></p> <p><i>“(…) quanto maior formação estiver na área, maior será a facilidade em trabalhar com estes doentes.” E10</i></p> <p><i>“(…) equipas médicas que trabalham num sala de emergência e intensivos. [médicos do Serviço de medicina Intensiva são os intervenientes na sala de emergência] E isso ajuda a equipa a saber atuar nestes casos.” E7</i></p> |

| Área Temática                                                                                                                                | Categoria                               | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necessidades formativas dos enfermeiros para intervir no processo de deteção e/ ou manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos.</b> | <b>Critérios de inclusão e exclusão</b> | <p><i>“(…) na sua generalidade sobre deteção e depois sobre a manutenção(…)” E1</i></p> <p><i>“Acho que é extremamente importante definir quais são os órgãos a doar, quais são as vigilâncias que devem ser mais apertadas, ou quais são os nossos objetivos orientadores.” E4</i></p> <p><i>“Formações específicas na área de neurointensivismo, na área da estabilização hemodinâmica desses doentes, e a prática, ou o continuo de prática.” E5</i></p> <p><i>“(…) uma formação, com um método muito de exposição, nada de extraordinário dizer aos elementos que estão na triagem, na emergência e no pré-hospitalar sobre os critérios de inclusão e exclusão (…)” E7</i></p> <p><i>“Eu acho que a deteção é mesmo uma questão de ... estarmos despertos para isto.” E8</i></p> |

| Área Temática | Categoria | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |           | <p>“(...) perceber quais são os critérios que fazem um doente elegível para potencial dador.” E9</p> <p>“(...) atualizar as pessoas sobre quais os melhores cuidados, o que diz a última evidência na manutenção do dador... Portanto, a formação na área da morte cerebral nas provas de morte cerebral, acho que esse é um déficit da equipa.” E10</p> |

| Área Temática                                                                                                  | Categoria                | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estratégias de otimização dos processos de deteção e/ou manutenção potencial dador de órgãos e tecidos.</b> | <b>Formação Contínua</b> | <p>“(...) deve haver mais de uma formação e diferentes formas...tentar fazer com que fosse dada de uma forma mais continua.” E1</p> <p>“(...) com algum tipo de formação, talvez fiquemos mais abertos para também dar essa alerta [potencial dador].” E2</p> <p>“Primeira etapa Formação, numa fase posterior, vários níveis de formação, porque a equipa é muito díspar.” E3</p> <p>“A formação continua da equipa (...)” E5</p> <p>“(...) acho que se pode formar ainda mais e ampliar a formação a outros níveis de serviço de urgência, serviço de neurocirurgia e não só focar nos intensivos (...)” E6</p> |

| Área Temática | Categoria                                                 | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                           | <p><i>“transversalizar também para as especialidades não envolvidas na sala de emergência, porque há um grande potencial e estão deficitários em estar alerta para estes casos.” E8</i></p> <p><i>“(...) uma formação transversal a toda a equipa de enfermeiros da urgência, ... que seja feita com regularidade...Mas embora eu ache que o problema não seja tanto a nível de sala de emergência, ou seja, eu acho que se estão a perder fora da sala [de emergência].” E9</i></p> <p><i>“Formação acima de tudo, uma formação na opinião obrigatória à equipa, e não opcional (...)” E10</i></p> |
|               | <b>Potenciar a Comunicação na equipa multidisciplinar</b> | <p><i>“A partir do momento em que alguém da equipa médica decide ou chega a essa conclusão, deve dizer-lo formalmente.” E2</i></p> <p><i>“Comunicar mais com a equipa médica para perceber então em que situação é que estamos, porque isso também é importante por causa das expectativas que são geradas na família.” E4</i></p> <p><i>“(...) uma maior coordenação e comunicação nestes casos [dentro da equipa multidisciplinar cuidadora] (...)” E5</i></p>                                                                                                                                    |
|               | <b>Potenciar o envolvimento da família</b>                | <p><i>“(...) uma melhor abordagem, uma melhor integração da família nas decisões facilita o processo.” E4</i></p> <p><i>“(...) criar um um ambiente mais aconchegante no momento da conversa com os familiares e a nossa participação mais ativa com a família neste momento, principalmente no momento em que se propõe a família, ou que se aborda o assunto da potencial doação de órgãos do seu familiar.” E10</i></p>                                                                                                                                                                          |

| Área Temática | Categoria                                                                         | Unidades de Significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <b>Dinamização da equipa hospitalar coordenadora de colheita e transplantação</b> | <p><i>“Embora essa equipa já exista [Equipa Hospitalar de Doação e Colheita de Órgãos e Tecidos]. Acho que tem de ser mais interventiva no contexto da equipa que trabalha com esses doentes (...)” E6</i></p> <p><i>“(...) ter uma equipa ... na urgência que fosse mais dedicada a isto.” E7</i></p> <p><i>“eu acho que a nós, equipa, deveríamos saber e ter um feedback mais concreto... sobre o número exato de dadores, o número exato de órgãos que o nosso serviço doou, ou seja, ter essa informação mais amiúde para que as pessoas sintam a importância que tem este tipo de doentes, para que saibamos quantas vidas salvamos com esta manutenção correta do nosso dador.” E10</i></p> |
|               | <b>Criação de um guia orientador de cuidados</b>                                  | <p><i>“(...) criar um guia muito simples e muito básico... sobre os principais passos a efetuar nas provas de morte cerebral (...)” E10</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

