



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO:

O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

**SPECIALIZED CARE FOR PEOPLE IN CRITICAL SITUATIONS AND
THEIR FAMILIES IN THE ORGAN AND TISSUE DONATION
PROCESS**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Por Rafael Filipe Alves Nunes

Lisboa –2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO:

O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

**SPECIALIZED CARE FOR PEOPLE IN CRITICAL SITUATIONS AND
THEIR FAMILIES IN THE ORGAN AND TISSUE DONATION
PROCESS**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Por Rafael Filipe Alves Nunes

Sob orientação da Prof^a. Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa – 2024

“Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que mais lutaste”

Sigmund Freud

AGRADECIMENTOS

Às professoras Manuela Madureira e Isabel Rabiais, pela honestidade intelectual e por terem sempre uma palavra amiga e de conforto.

Aos orientadores, Enfermeira Rita e Enfermeiro Fernando, que me disponibilizaram momentos para alcançar os meus objetivos.

Aos meus pais, Isabel e Abílio, que sempre lutaram para que eu concretizasse os meus sonhos e me incentivaram sempre a querer saber e ser mais.

Ao Emanuel pelo apoio, companheirismo e compreensão.

À Ana Rita, que foi a melhor companheira neste percurso, por ser o meu forte apoio em todos os momentos.

Aos meus colegas de trabalho por toda a compreensão e ajuda para ter tempo disponível para a conclusão deste curso.

Aos meus amigos, que são os melhores do mundo e sempre acreditaram que eu era capaz.

À minha madrinha, Eufémia, que me ensinou que sem esforço e dedicação nada se consegue.

Ao meu avô, José de Sousa Alves que não cumpriu o sonho de me ver ser Enfermeiro, mas certamente que estará orgulhoso do meu percurso.

Esta meta só foi alcançada graças a vocês.

Muito Obrigado (do fundo do coração).

RESUMO

O presente relatório pretende refletir de forma criteriosa todo o percurso realizado concorrente para a aquisição/desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, e as competências de Mestre, baseado no artigo 15º do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Este relatório descreve os objetivos pessoais traçados, as principais atividades desenvolvidas, e os resultados obtidos nos diferentes campos de estágio, que decorreram em contexto de Serviço de Urgência, numa unidade de cuidados intensivos - Centro de Referência - *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) e Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, recorrendo para a sua realização a uma metodologia descritiva, analítica e crítico- reflexiva.

A concretização dos objetivos delineados permitiu analisar o desenvolvimento de competências ao longo deste percurso, e identificar o quanto essas competências especializadas contribuem para a qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, suportadas numa prática fundamentada pela procura de evidência, enquanto condição essencial de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Este percurso formativo teve como referencial teórico a Teoria das Transições de Afaf Meleis, dado oferecer uma visão da pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos e da sua família/pessoa significativa, sujeitos a transições múltiplas, pois afeta ambas as partes. Cabe ao enfermeiro, ajudar na consciencialização da situação, de forma a proceder a uma transição saudável e a que todos os intervenientes, se reequilibrem, independentemente de haver ou não sequelas. Pela necessidade de favorecer o processo de capacitação sobre o tema da doação de órgãos e tecidos, surge a questão de revisão: Quais as intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos em cuidados intensivos? Esta foi operacionalizada através de uma *scoping review*.

Palavras-Chaves: intervenções de enfermagem especializadas; doação de órgãos e tecidos; unidade de cuidados intensivos; serviço de urgência

ABSTRACT

The purpose of this report is to carefully reflect the entire journey undertaken, concurrent with the acquisition/development of the common and specific competences of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, Person in a Critical Situation, as defined by the Order of Nurses, and the Master's competences, based on article 15 of the legal regime for higher education degrees and diplomas. This report describes the personal objectives set, the main activities carried out and the results obtained in the different fields of the internship, which took place in the context of the Emergency Department, in an intensive care unit - *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) reference center and the Harvest and Transplant Coordination Office, using a descriptive, analytical and critical-reflective methodology.

The achievement of the objectives outlined made it possible to analyze the development of skills throughout this journey, and to identify the extent to which these specialized skills contribute to the quality of care and excellence in the exercise of the profession, supported by a practice based on the search for evidence, as an essential condition of a Master's Degree in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing.

The theoretical framework for this training course was Afaf Meleis' Transitions Theory, as it offers a view of the potential organ and tissue donor and their family/significant other, who are subject to multiple transitions, as it affects both parties. It is up to the nurse to help raise awareness of the situation, in order to make a transition and rebalance, regardless of whether or not there are sequelae. In order to promote the training process on the subject of organ and tissue donation, the review question arose: What are the nursing interventions in the process of organ and tissue donation in intensive care? This was operationalized through a *scoping review*.

Keywords: nursing interventions; organ and tissue donation; intensive care unit; emergency department.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Diagnosis and Exposure

APA - American Psychological Association

BO - Bloco Operatório

bpm - batimentos por minuto

cpm - ciclos por minuto

CCT - Coordenador de Colheita e Transplantação

CHD - Coordenador Hospitalar de Doação

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems

CINAHL® - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID 19 - *Coronavirus Disease 2019*

CR - Centro de Referência

CST - Centros do Sangue e Transplantação

CVC - Cateter Venoso Central

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DGS - Direção Geral da Saúde

DPI – Doenças pulmonares intersticiais

ECG – Eletrocardiograma

eCPR – Extra Corporeal Cardiopulmonary Resuscitation

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation

ECMO VV- Extra Corporeal Membrane Oxygenation Veno-Venoso

EDQM - European Directorate for the Quality of Medicine & Healthcare

ERC - European Resuscitation Council

FC - Frequência Cardíaca

FPI – Fibrose Pulmonar Idiopática

FR - Frequência Respiratória

GCCT - Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPST - Instituto Português do Sangue e Transplante

JBI - Joanna Brigs Institute

KCL - Cloreto de Potássio

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MC/ME - Morte Cerebral

OE - Ordem dos Enfermeiros

ONT – Organización Nacional de Trasplantes

PCC - Paragem Cardiocirculatória

PMC - Provas de Morte Cerebral

PSC - Pessoa em situação crítica

PT – Portugal

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento Específico da Prática de Enfermagem

RPT - Registo Português Transplantação

SARS-COV2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SO - Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

TAC-CE - Tomografia Automática Computadorizada- Crânio Encefálica

TAC-TAP- Tomografia Automática Computadorizada- Tomografia Abdominopélvica

TOT - Tubo Orotraqueal

UC- Unidade Curricular

UCE - Unidade de Concentrado Eritrocitários

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UML - Urgência Metropolitana de Lisboa

UT - Unidades de Transplantação

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UMA SCOPING REVIEW.....	23
Introdução.....	24
Materiais e Métodos	26
Resultados.....	28
Discussão	29
Conclusão	36
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA	39
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA	39
2.2. GABINETE COORDENADOR DE COLHETA E TRANSPLANTAÇÃO.....	53
2.3. UCI – CENTRO DE REFERÊNCIA: ECMO	70
CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

Apêndices

Apêndice 1: Estratégia de pesquisa *scoping review*

Apêndice 2: Fluxograma PRISMA

Apêndice 3: Resultados da pesquisa *scoping review* (Tabela 1)

Apêndice 4: Ação de Formação no Serviço de Urgência

Apêndice 5: Proposta de Instrução de Trabalho para o Serviço de Urgência

Apêndice 6: Resultados do questionário pré ação de formação

Apêndice 7: Resultados do questionário pós ação de formação

Apêndice 8: Ação de Formação no GCCT

Apêndice 9: Resultados do questionário de avaliação da ação de formação

Anexos

Anexo 1: Certificado de participação no VI Seminário Internacional de Mestrado em Enfermagem

Anexo 2: Certificado de participação no XXV Congresso Nacional de Medicina Intensiva /XI Congresso Luso Brasileiro de Medicina Intensiva

Anexo 3: Certificado de participação no XIV Fórum Internacional de Úlceras e Feridas

Anexo 4: Certificado de participação na Conferência sobre “Desafios da Medicina Intensiva no Doente Oncológico”

Anexo 5: Declaração de presença “Reunião Elos do PPCIRA”

Anexo 6: Declaração “Cuidados ao Doente em Paragem Cardiorespiratória e Peri-Paragem”

Anexo 7: Declaração de presença “Reunião Anual do GCCT e os Coordenadores Hospitalares de Doação”

Anexo 8: Declaração de presença nas I Jornadas “Colheita e Aplicação de Células e Tecidos de Origem Humana no CHULC”

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC), “Estágio Final e Relatório”, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC: PSC), do 16º curso de Mestrado de Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa.

Ingressei neste mestrado em Enfermagem, com a plena noção de que seria um trabalho difícil, porém enriquecedor. Senti a necessidade de desenvolver competências para a excelência dos cuidados prestados, que segundo Patrícia Benner adquire-se através da aprendizagem empírica “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.58), relacionando a teoria com a prática.

Com este relatório, pretendo dar a conhecer e descrever as experiências vivenciadas ao longo dos estágios nos diferentes contextos clínicos, os resultados de aprendizagem alcançados através da consecução dos objetivos previamente estabelecidos, da descrição das atividades desenvolvidas, focado na aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

A Ordem dos Enfermeiros determina as competências específicas para a Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, são elas: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018a).

De forma a atingir estas competências, selecionei três locais de estágio num centro hospitalar da área de Lisboa, onde totalizei as 540 horas exigidas por esta UC. Em cada um deles, foi realizado um projeto individual de aprendizagem, com definição de objetivos específicos e atividades a concretizar para a sua consecução.

O primeiro período de 180 horas deste percurso formativo foi realizado no Serviço de Urgência. Neste local de estágio objetivou-se abordar a pessoa em situação crítica com doença aguda e urgente, e sua família, onde o enfermeiro tem de ter competências para trabalhar em equipa, ser líder, estabelecer relacionamento interpessoal, e ser proativo (Holanda et al., 2014) a dar respostas, quer ao doente, quer à família. Para este estágio delineei os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado ao doente crítico e família, em contexto de urgência;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados no âmbito da identificação do potencial dador de órgãos e tecidos, em contexto de serviço de urgência;

Já o segundo período de estágio foi realizado no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT), e o terceiro período de estágio foi realizado numa unidade de cuidados intensivos - Centro de Referência de ECMO (CR-ECMO). Estes locais de estágio surgiram da necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre o tema da doação de órgãos e tecidos, e de que forma é que a referenciação de doentes e a utilização de ECMO em doentes em lista de espera para transplante pulmonar com deterioração aguda ou doentes com falência primária do enxerto pulmonar transplantado com indicação de retransplante, possibilita a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente (Galvão et al., 2004). Para estes dois campos de estágio delineei também quatro objetivos específicos, dois para cada local de estágio, que espelho de seguida:

- GCCT: Desenvolver competências na gestão do processo de doação e transplantação de órgãos e intervenções específicas de enfermagem;
- GCCT: Promover o desenvolvimento dos profissionais de saúde, no âmbito da doação e da utilização de tecidos para transplante;
- CR-ECMO: Desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação crítica e família do doente dependente de suporte de ECMO;
- CR-ECMO: Desenvolver competências na área de gestão e supervisão de cuidados à pessoa em situação crítica e família, dependente de suporte de ECMO, em contexto de cuidados intensivos.

Face ao meu interesse profissional crescente ao longo dos estágios pelo processo de doação de órgãos e tecidos, senti necessidade de aprofundar esta temática, daí a motivação para realizar uma revisão *scoping*, no âmbito das intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos em cuidados intensivos, perspetivando uma melhoria dos cuidados especializados prestados à pessoa em situação crítica e família.

Na elaboração deste relatório, o referencial teórico adotado foi a Teoria de Médio Alcance das Transições de Afaf Meleis, uma vez que é aquela que melhor se relaciona com as intervenções direcionadas para a pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos e a sua família, na medida em que todos os envolvidos neste processo (dador, recetor e família) estão a passar por um período de mudanças que implicam uma adaptação a eventos perturbadores e que necessitam de uma reorganização (Meleis et al., 2000).

Este relatório está organizado em dois capítulos. No primeiro, apresento a revisão de *scoping*, onde descrevo todo o processo metodológico, os resultados e a discussão da evidência sobre o fenómeno em estudo. No segundo, relato a reflexão e análise de situações complexas por mim experienciadas em cada contexto clínico de estágio, de forma a enquadrar a operacionalização dos objetivos delineados através das atividades desenvolvidas em cada local de estágio subsidiárias ao desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista.

Este trabalho foi realizado segundo as normas orientadoras para a produção de trabalhos, adotadas pela UCP - as Normas da American Psychological Association (APA – 7ª edição).

1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UMA SCOPING REVIEW

Resumo: A escassez de órgãos transplantáveis constitui um problema global. Aumentar a confiança e as competências dos enfermeiros nas intervenções do processo de doação de órgãos e tecidos terá certamente um impacto potencial na disponibilidade de órgãos e tecidos para transplante. **Objetivo:** Esta *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos em contexto de cuidados intensivos. **Critérios de Inclusão:** Assumem-se como critérios de inclusão: estudos realizados a enfermeiros (P – população), que descrevam intervenções de enfermagem no âmbito da doação de órgãos e tecidos (C – conceito), em cuidados intensivos (C – contexto). **Método:** Seguiram-se as diretrizes metodológicas do Instituto *Joanna Briggs* (JBI) (2017). A pesquisa bibliográfica realiza-se pela busca de artigos científicos na base de dados PubMed®, CINAHL® e Scopus® com os seguintes termos: *Nursing Interventions, organ donation, tissue donors e intensive care*, publicações nos últimos 5 anos, em inglês, espanhol e português. A aplicação do protocolo PRISMA realiza-se por dois revisores independentes, e os resultados discordantes são aferidos por um terceiro revisor. **Resultados:** Foram analisados 16 artigos. Os principais traduzem 7 intervenções onde o enfermeiro desempenha uma responsabilidade determinante na prestação de cuidados integrados ao doente crítico em fim de vida, em colaboração com a equipa multidisciplinar, no aperfeiçoamento de competências específicas e na sensibilização dos pares e da população em geral através do desenvolvimento de uma política de doação de órgãos e tecidos. **Conclusões:** O processo de doação revela-se complexo e delicado, onde as intervenções de enfermagem se constituem essenciais. A realização de uma assistência de qualidade ao indivíduo em morte encefálica, reconhecimento dos critérios de morte encefálica, prestação de cuidados *post-mortem*, a abordagem aos familiares de forma empática e humana e orientá-los sobre o processo de doação de órgãos e tecidos potencia o êxito de um futuro transplante. **Palavras-chave:** intervenções de enfermagem; doação de órgãos e tecidos; cuidados intensivos

Introdução

Sabe-se que em Portugal, a doação de órgãos e tecidos constitui um dever ético. A partir de 2013, a doação de órgãos foi ampliada à possibilidade de colheita de órgãos em dadores em paragem cardiocirculatória (conforme Despacho n.º 14341/2013 do Diário da República, 2ª série – N.º 215, de 6 de Novembro de 2013). Até então, a doação de órgãos contemplava apenas dadores em morte cerebral. Podemos definir um “dador” como, uma pessoa que voluntariamente, gratuitamente, sem coerção, doa os seus órgãos para outros (SNS, 2023). Os órgãos para transplante podem ser retirados de uma pessoa viva ou de uma pessoa falecida, que em vida não expressou objeção à colheita de órgãos após a sua morte (Bezinover, & Saner, 2019). Os órgãos possíveis de serem transplantados em território nacional são: rim, fígado, pulmão, coração e pâncreas. Os tecidos são a medula óssea, córnea, tecidos osteotendinosos, válvulas cardíacas e pele (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, [APIR], 2017). Não existe limite de idade, só a qualidade dos órgãos indicará se estes poderão ser utilizados ou não para transplante (IPST, 2019). Em Portugal vigora o consentimento presumido, isto é, todos somos potenciais dadores, exceto se, em vida, declararmos oposição à dádiva no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Seguindo o princípio ético da autonomia, onde o indivíduo tem o poder de decisão sobre si mesmo, a doação de órgãos e tecidos demonstra uma atitude solidária e altruísta, refletindo a valorização da comunidade. Sabemos que a escassez de órgãos transplantáveis é um problema global (Kupiec-Weglinski, 2022), e por isso, o enfermeiro assume uma responsabilidade determinante na identificação e referenciação de possíveis dadores de órgãos e tecidos, tanto nos serviços de urgência (SU), como nas unidades de cuidados intensivos (UCI) (Emergency Nurse Association, 2004; Tamburri, 2006; Bulechek, Dochterman, Butcher & Wagner, 2013). Para que o processo de identificação e referenciação de possíveis dadores seja realizado, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem estar sensibilizados para esta condição. O cuidado imposto no processo de doação afeta não apenas o doente e família, como também os profissionais de saúde, entre os quais os enfermeiros, como também afeta os recetores dos órgãos doados (Oluyombo et al., 2016; Souza et al., 2019). Aumentar a confiança e as competências dos enfermeiros nas intervenções sobre o processo de doação de órgãos, tem

potencial de impacto na disponibilidade de órgãos e tecidos para transplante (Fonseca et al., 2021; Kali et al., 2020; Gripewall et al., 2022). Tendo em conta a especificidade do processo de doação e órgãos e tecidos, a formação nesta área particular é muito importante, uma vez que a capacitação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros envolvidos no processo de doação, aumenta a identificação de possíveis doadores.

Realizou-se uma busca preliminar na MEDLINE, no Banco de Dados *Cochrane* de Revisões Sistemáticas e na Síntese de Evidências do *Joanna Brigs Institute* e nenhuma revisão sistemática ou *scoping review* foi publicada recentemente. Assim, considera-se como propósito desta revisão o esclarecimento da evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos em cuidados intensivos. Realizou-se também uma busca preliminar na MEDLINE, no Banco de Dados *Cochrane* de Revisões Sistemáticas e na Síntese de Evidências do *Joanna Brigs Institute* e nenhuma revisão sistemática ou *scoping review* foi publicada recentemente. Assim, considera-se como propósito desta revisão o esclarecimento da evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem no âmbito do processo de doação de órgãos e tecidos. Assim, com a necessidade de aumentar o número de órgãos e tecidos para transplante, e sabendo que os enfermeiros têm um papel fundamental neste processo quer junto da família, quer junto da pessoa em situação crítica, surge a seguinte questão de revisão:

“Quais são as intervenções de enfermagem no processo de doação de órgão e tecidos em cuidados intensivos?”

Materiais e Métodos

Esta *scoping review* segue o protocolo proposto pelo *Joanna Brigs Institute* (Peters, et al., 2020), os critérios de inclusão e exclusão desta revisão (Quadro 2), pretendem dar resposta aos elementos de população, conceitos e contexto (Quadro1).

Quadro1 | Questão de investigação de acordo com o acrónimo PCC

P (população)	Enfermeiros
C (conceitos)	Intervenções de enfermagem, doação de órgãos
C (contexto)	Unidade de Cuidados Intensivos

Tipos de participantes ou população (P)

A revisão considera os estudos que incluem enfermeiros. Não são aplicadas restrições de género, idade, etnia ou outras características pessoais.

Conceito (C)

O conceito deste estudo pretende orientar a amplitude da revisão que compreende não só a doação de órgãos e tecidos, como também as intervenções de enfermagem neste processo.

Contexto (C)

O contexto desta revisão será limitado às unidades de cuidados intensivos, não sendo impostas restrições ao nível geográfico.

Quadro 2 | Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estudos publicados na Pubmed, CINAHL e Scopus	Artigos sem <i>abstract</i>
Estudos quantitativos, qualitativos e mistos	
Idioma: português, inglês ou espanhol	
Estudos publicados nos últimos 5 anos (2019-2023)	

Tipos de fontes

Nesta *scoping review* incluem-se todos os resultados presentes em revistas indexadas a bases de dados internacionais, estudos qualitativos, quantitativos e mistos, limitados à presença de texto integral e à data de publicação compreendida entre 2019 e 2023, de forma a recorrer a uma evidência científica mais atual. As revisões sistemáticas que correspondem aos critérios de inclusão consideram-se pertinentes, conforme indicado no quadro 2. A pesquisa foi realizada no mês de Agosto de 2023 através da biblioteca online EBSCOhost, que incluiu a base de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), através da PubMed e Scopus. Os resultados desta revisão serão apresentados de forma descritiva e em tabela (Apêndice 1) como forma de pesquisa preliminar para a possibilidade de ser realizada uma revisão sistemática da literatura no futuro.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa procurou estabelecer limite temporal de 5 anos (2019-2023) de forma a obter informações mais atuais acerca do fenómeno. Para além dos limites temporais impostos, a pesquisa iniciou-se a partir das bases de dados já descritas anteriormente, que abrangem o fenómeno em estudo. O número real dos estudos foi importado para o Rayyan Qatar Computing Research Institute, e numa fase inicial foram eliminados todos os artigos duplicados. Neste processo foram envolvidos dois revisores independentes para a pesquisa: no primeiro nível os artigos foram incluídos ou excluídos pelo título seguido do resumo, tendo sempre em conta os critérios de inclusão e exclusão para a revisão. Nesta primeira fase de pesquisa contamos com o auxílio dos Gestores de ciência da UCP. A primeira linha de pesquisa é referente a uma das palavras que o título deve incluir, “*nurs**” ou “*Nursing intervention*”, uma vez que, o que se pretende conhecer são intervenções de enfermagem. No passo seguinte, na segunda linha de descritores, foram adicionados os termos “*donor**” OR “*organ donor*” OR “*tissue don**” OR “*transplant Donor**”, para direcionar as intervenções de enfermagem a este fenómeno. Numa terceira linha, foram introduzidos os descritores “*intensive care units*” OR “*ICU*”, uma vez que o objetivo foi restringir a pesquisa às unidades de cuidados intensivos. Com

a pesquisa efetuada, todos os artigos identificados foram agrupados e carregados no Zotero ® 6.0.27. Durante o processo de seleção, não surgiram divergências entre os dois revisores (Apêndice 1).

Resultados

A pesquisa através das bases de dados com a expressão booleana composta por termos livres como: (Nurs* OR Nursing intervention) AND (donor* OR Organ don* OR Tissue Don* OR Transplant Donor*) AND (intensive care units OR ICU) permitiu apurar 169 artigos. Após remoção dos duplicados, obtivemos 107 artigos, dos quais 67 foram eliminados após leitura do título e resumo, através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Dos 40 artigos incluídos, 13 não foram recuperados, ficando 27 artigos elegíveis para leitura integral. Após leitura integral dos 27 artigos, 16 foram considerados com efetiva pertinência para o esclarecimento do propósito que fundamenta esta *scoping review*. O conteúdo – dados principais – dos artigos considerados com pertinência apresentam-se em resumo na Tabela 1 (Apêndice 3) de evidências e narrados em resultados. Os resultados da pesquisa e o processo de inclusão de estudos foram apresentados num fluxograma PRISMA-ScR (Apêndice 2), de forma a melhorar a qualidade e a provar um relatório completo e transparente da revisão.

Extração de dados

A Tabela 1 (Apêndice 3) apresenta a descrição dos resultados obtidos a partir da análise de cada artigo selecionado para o processo de revisão em linha com o objetivo da mesma. O instrumento de extração de dados é apresentado com os detalhes dos 16 artigos selecionados.

Na distribuição dos estudos incluídos verifica-se uma preocupação atual sobre as intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos, em serviços de cuidados intensivos, pois os estudos obtidos dizem respeito aos últimos 5 anos (de 2019 a 2023).

Pela leitura efetuada certifica-se que o tema apresenta interesse à escala mundial pois os estudos foram desenvolvidos em Espanha (2), França (1), Grécia / Chipre (1), Escócia (1), Brasil (2), Reino Unido/Inglaterra (2), Turquia (2), China (1), Irão (1),

Canadá (1) e África do Sul (2). No entanto, carece de investimento futuro a nível nacional pelas barreiras, limitações conhecidas e apresentadas pelos enfermeiros. A doação de órgãos e tecidos constitui uma preocupação nacional e internacional de todos os cidadãos, pela vasta lista de espera de pessoas a precisarem urgentemente de transplante. Pode-se assim concluir que, os enfermeiros do contexto em estudo, assumem uma responsabilidade determinante na sensibilização e mudança do atual paradigma.

Relativamente à análise documental, apresentam-se os resultados esquematizados

Intervenção de enfermagem	Número de estudos que identifica a intervenção	Fr (%)
Abordagem familiar personalizada	13	16%
Implementação de programas educativos	7	9%
Colaboração com equipa multidisciplinar	13	16%
Cuidados ao doente crítico, em fim de vida	13	16%
Competências especializadas (ético-legais)	12	15%
Identificação e referenciação precoce	10	12%
Desenvolvimento de uma política de Doação	13	16%

na tabela 2, categorizados de acordo com a questão e o objetivo da pesquisa.

Tabela 2: Intervenções dos enfermeiros de cuidados intensivos no processo de doação de órgãos/tecidos - incluídas na revisão *scoping*

Discussão

Nesta pesquisa foi utilizada a metodologia da revisão *scoping*, com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos, em cuidados intensivos. Foram incluídos 16 artigos científicos e embora estes não identifiquem todas as intervenções ambicionadas, as mesmas permitem nortear parte das intervenções específicas complexas dos enfermeiros no decorrer do processo de doação, nos diversos serviços de Cuidados Intensivos. Após a leitura integral dos resultados, as intervenções que permitiram responder à questão de investigação apresentada foram: **abordagem avançada, antecipada e humanizada à família do potencial dador; implementação de programas educativos sobre o processo de doação (formação continua dos profissionais de saúde e esclarecimento da**

população em geral); colaboração com a equipa multidisciplinar (nomeadamente com os médicos e coordenadores de doação/transplante); **prestação de cuidados ao doente crítico em fim de vida, conhecimento da legislação em vigor e aspetos éticos associados** (atualmente o consentimento presumido); **identificação e referência precoce do potencial dador** (baseado nos critérios clínicos, definição de morte cerebral, circulatória e desenvolvimento de uma cultura de doação). Na amostra dos estudos incluídos verificou-se que existem inúmeras barreiras no processo de doação de órgãos e tecidos relacionados com fatores de natureza multidimensional sentidas pelos enfermeiros de Unidades de cuidados intensivos (De Souza et al., 2019); **o envolvimento emocional, julgamentos morais** (Dompson et al., 2019) ,**questões éticas** (Michaut et al., 2019) ,**falta de preparação formativa** (Denniz et al.,2022), **conhecimento insuficiente e habilidades na gestão da doação na prática durante a prestação de cuidados *post-mortem*** (Victorino et al, 2018) ,**na identificação, referenciação e manutenção do suporte de órgãos** (Green et al., 2023). Outras dimensões constituem **pressões consequentes do processo de doação, sentimentos negativos associados ao conceito** (Donga et al, 2020), **fim de vida e morte do doente crítico** (Sorensen et al., 2021) **e sobretudo ansiedade na abordagem da família angustiada** (Dompson et al., 2019). O **não envolvimento dos enfermeiros na decisão multidisciplinar** (Pins & Humano., 2019), por exemplo aquando da **limitação terapêutica de suporte vital** (Gonzalez-Méndez & López-Rodrigues., 2019) são questões que efetivamente preocupam e desmotivam. Por outro lado, **discussões familiares oportunas, sensíveis, apropriadas** (Fernandez-Alonso et al, 2020), **a relação de empatia estabelecida desde o início do internamento com as pessoas significativas** (Karaman & Akyolcu, 2022), **a sensação de altruísmo e consciencialização do ato de doar** (Yekefallah et al., 2020), **o número reduzido de visitas, o conhecimento da vontade do doente /família** (Kalli et al., 2020), **formações teóricas ou suporte de metodologia interativa** (recursos matérias: multimédia através da apresentação power-point (Prins. & Humano, 2019), **visualização de vídeos - simulação de situações reais** (Deniz & Ayhan , 2022), **colaboração de especialistas com funções de coordenação de colheita e transplante** (Férnandez-Alonso et al, 2020) **identificam-se como fatores facilitadores de intervenções de**

enfermagem seguras e de qualidade ao potencial dador, no âmbito do processo de doação, em contexto de UCI's. Para minimizar o impacto das referidas limitações e promover a sensibilização profissional e pública, com base nos dados conhecidos, foram sugeridas estratégias, efetivamente intervenções de enfermagem, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados ao doente crítico e família, com critérios de elegibilidade para doação englobadas ao longo de todo o estudo, demonstrando o relevo do papel do enfermeiro na gestão do processo de doação de órgãos/tecidos (González-Méndez & López- Rodríguez., 2019) bem como o forte contributo para o sucesso do transplante.

Abordagem avançada, antecipada e humanizada à família do potencial dador

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão mais próximos dos familiares e o seu papel no apoio diário às famílias é fundamental. Assim, o cuidado dos enfermeiros ao potencial doador na abordagem antecipada dos familiares é necessária para os capacitar na compreensão de questões específicas relacionadas com a doação de órgãos *post-mortem* e facilitar a aceitação (Michaut et al, 2019). A família é entendida como a extensão do possível dador e nesta lógica, os cuidados de enfermagem devem centrar-se na comunicação contínua, clara e honesta numa relação de empatia e confiança (se possível desde a admissão em UCI até ao momento da doação), garantindo privacidade e intimidade na prestação de cuidados em fim de vida (Fernandez- Alonso et al., 2020). Em alguns casos, o encaminhamento do processo de doação foi identificado como facilitador na vivência do luto da pessoa significativa após a aceitação da doação, sobretudo pelo sentimento de altruísmo (Yekefallah et al., 2020). Os enfermeiros de cuidados intensivos podem ser a chave para o sucesso ou fracasso dos programas de transplante, uma vez que influenciam, positiva ou negativamente, a decisão sobre a doação de órgãos e tecidos (nos casos em que não conhecem a opinião do doente) (Kali et al., 2020).

Implementação de programas educativos sobre o processo de doação

A intervenção do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos, nos serviços de cuidados intensivos implica formação futura em termos de coordenação do processo de doação, gestão clínica de dadores, questões familiares na tomada de decisões, identificação de dadores, competências comunicacionais, referenciação de dadores e aconselhamento familiar sobre luto. Estas áreas estão relacionadas com a compreensão dos processos e procedimentos de doação de órgãos, bem como com a comunicação com as famílias em torno da tomada de decisões relacionadas com a doação (Urquhart et al, 2022). A promoção da educação entre os profissionais de saúde, nos diversos setores constitui um desafio para a mudança de atitude dos enfermeiros de cuidados intensivos e da população em geral, a fim de aumentar o sentimento de altruísmo e empatia em relação à doação de órgãos (Yekefallah et al., 2020).

Colaboração com a equipa multidisciplinar (nomeadamente com os médicos e coordenadores de doação/transplantação)

Estudos (Curtis et al., González-Mendez & Lopes-Rodrigues) demonstraram que os enfermeiros intensivistas, permanecem continuamente perto e apercebem-se, em primeiro lugar, das mudanças na condição clínica dos doentes. Nesse sentido, assumem um papel essencial em colaboração com os médicos na avaliação de doentes elegíveis para doação, quer pelo reconhecimento de critérios de morte encefálica, circulatória, quer na decisão de limitação terapêutica de suporte vital de órgãos (Deniz & Ayhan., 2022). De destacar a necessidade de articulação com os coordenadores de doação, o mais precocemente possível para encurtar os tempos de isquémia dos órgãos e agilizar o processo de doação o quanto antes. Um estudo (Férrandez- Alonso et al., 2020) revelou que o processo de gestão da doação envolve uma logística complexa (identificação, confirmação, notificação, encaminhamento e concretização), e as funções do coordenador envolvem: considerações legais e éticas importantes, abordagem humana e avançada à família garantindo uma comunicação eficaz, registo de todas as informações clínicas pertinentes, redução do tempo de isquemia, aplicação da legislação relativamente à doação, anonimato do dador, liderança e orientação da equipa multidisciplinar de

colheita e transplante para um processo mais eficaz e eficiente, maximizando o potencial de doação e o sucesso do transplante (Fernández - Alonso et al , 2020).

Prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, em fim de vida

O potencial dador necessita de intervenções específicas de enfermagem, realizadas apenas em serviços de cuidados intensivos relacionadas com a manutenção de suporte vital, por exemplo, ventilação mecânica invasiva, suporte de órgãos e monitorização contínua (Dompson et al., 2019). Um outro estudo define a prestação de cuidados ao possível dador, que se traduz por uma assistência de qualidade e segurança, através do reconhecimento de sinais e sintomas de morte cerebral, circulatória, mediante a realização de cuidados específicos, quer pela manutenção da viabilidade dos órgãos, quer na abordagem aos familiares, de forma empática e humana, assim como proporcionar uma orientação adequada no decorrer do processo de doação de órgãos /tecidos. Diante desta última ação, o êxito de um futuro transplante pode ser possível (De Souza et al., 2019).

Conhecimento da legislação em vigor e aspetos éticos associados (atualmente o consentimento presumido)

Estudos supracitados (Donga et al, 2020), (Green et al, 2023), (Prins & Humano, 2019), (Urquhart et al., 2022) demonstraram que no passado, o modelo de adesão ou “consentimento explícito” (no qual a pessoa transmite intenção em ser dadora após suspeita de morte neurológica ou antes da suspensão das medidas de suporte à vida para determinar a candidatura) vigora. Contudo, as taxas de doação mais elevadas ocorreram em países que estabeleceram a legislação de consentimento presumido (o indivíduo considera-se automaticamente dador de órgãos e tecidos, a menos que declare não querer), tal como acontece em países europeus como Espanha, Portugal, Croácia e Espanha (Urquhart et al., 2022). Apesar destas leis não incluírem crianças com menos de 18 anos, o Serviço Nacional de Saúde Sangue e Transplante (NHSBT) adotou como estratégia pediátrica, a oportunidade

dos pais manifestarem a vontade de doar e manifestar o devido apoio ao longo de todo o processo (Dompson et al., 2019).

Identificação e referência precoce do potencial dador (baseado no conhecimento de critérios clínicos de morte encefálica, circulatória)

A identificação do potencial dador e a sua referenciação é apresentada como uma estratégia fortemente recomendada, da qual depende o sucesso do processo de doação. Os resultados observados demonstraram que na prática, nem sempre acontece pela existência de determinadas barreiras, tais como a complexa gestão do processo, a falta de colaboração entre a equipa multidisciplinar na tomada de decisões e encaminhamento para os coordenadores de doação/transplante, pela vulnerabilidade da família e devido ao stress inerente relacionado com a ausência de uma política comum para orientar o processo de doação (Prins & Humano, 2019). O conhecimento dos critérios por morte cerebral e circulatória, por parte dos enfermeiros de cuidados intensivos, revelou-se insuficiente ao longo do estudo, enfatizando a importância e a necessidade de aumentar a consciencialização sobre a avaliação correta e holística do doente crítico nos diferentes domínios, com o objetivo de identificar os potenciais doadores de órgãos/tecidos precocemente, iniciar o processo de referenciação em equipa multidisciplinar, participar na gestão no processo de doação de órgãos e tecidos e 'conseguir melhorar os resultados (Karamam & Akyolcu , 2019). As intervenções dos enfermeiros são determinantes para aumentar as taxas de doação e garantir que os modelos de consentimento presumido sejam otimizados. Se um doente não for identificado e encaminhado como potencial dador de órgãos e tecidos, a família não será abordada e o consentimento pode nem vir a ser uma possibilidade (Urquhart et al., 2022).

Desenvolvimento de uma cultura de doação

O estudo de Green et al. (2023) sugere o desenvolvimento de políticas, protocolos e manuais de procedimentos sobre doação de órgãos acessíveis a todos os

profissionais de saúde no sentido de colmatar a falta de preparação divulgada por grande parte dos enfermeiros (Green et al, 2023).

No estudo pediátrico, pela complexidade associada e pelos resultados apresentados (barreiras: sentimento de falta de preparação por parte dos enfermeiros, ansiedade na abordagem familiar), verificou-se a necessidade de intervenções educativas específicas para promover iniciativas de desenvolvimento de políticas centradas na pediatria e na família (fatores facilitadores: discussão familiar oportuna, sensível e apropriada, relação de confiança entre enfermeiro e família). Desta forma, pretende-se orientar a prática de doação entre a equipa de enfermagem e multidisciplinar de uma unidade de cuidados intensivos em Inglaterra, combinados com uma maior consciencialização pública (Dompson et al., 2019). A formação contínua pode melhorar a sensibilização dos enfermeiros sobre o processo de doação de órgãos e ajudar os médicos a estarem mais conscientes da importância do papel dos enfermeiros de cuidados intensivos. As dimensões: conhecimento do processo de doação de órgãos e tecidos, incluindo os critérios de morte cerebral e morte cardíaca, critérios de elegibilidade; procedimentos de doação de órgãos/tecidos, princípios de atribuição de órgãos e políticas de compensação de doação de órgãos foram apresentados como conteúdos imprescindíveis (Urquhart et al., 2022). As redes sociais foram apresentadas como estratégia para aumentar os esforços na divulgação de eventos positivos sobre a doação de órgãos e reforçar a defesa da doação de órgãos/tecidos, bem como favorecer a consciencialização pública (Donga et al., 2020). Obtiveram-se taxas mais elevadas de doação devido a uma mudança qualitativa na identificação dos dadores, na gestão dos dadores e na comunicação clara com os seus familiares, associada à educação formativa dos profissionais de saúde envolvidos em processos de doação (Victorino et al., 2019). O estudo em questão confirmou a necessidade dos enfermeiros dos serviços de medicina intensiva desenvolverem habilidades de comunicação. Como estratégia propuseram organizar simpósios instrutivos, informativos e instigantes sobre o cumprimento de funções- modelo relacionadas com o processo de doação e transplante de tecidos/órgãos (Karaman & Akyolcu , 2019).

Conclusão

Durante a realização desta revisão *scoping* foi utilizada a metodologia JBI e elaborada uma pesquisa bibliográfica significativa com o objetivo de efetuar o mapeamento da melhor evidência científica sobre as intervenções de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos nas unidades de cuidados intensivos. Após leitura dos estudos incluídos concluiu-se que existem poucos estudos direcionados para a temática abordada, no entanto, verificou-se que a gestão do processo de doação de órgãos e tecidos representa um desafio para os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, principalmente no contexto de cuidados intensivos, pela natureza complexa e multidimensional que assume em todos os seus domínios. Faz todo o sentido, destacar as intervenções dos enfermeiros neste contexto, porque é o local onde se encontram os doentes críticos com maior potencial de doação de órgãos e tecidos. Os enfermeiros são quem permanece 24 horas próximos dos pacientes, o que determina a capacidade de avaliar precocemente as alterações neurológicas, circulatórias, metabólicas e fisiológicas e alertar a equipa multidisciplinar para esta situação, bem como assegurar a adequada vigilância e manutenção do suporte vital e integrar estas intervenções como parte do plano de cuidados em fim de vida. O caminho da doação é neste sentido, a identificação precoce e a referenciação.

Outra intervenção de enfermagem de elevada importância englobada ao longo desta revisão, inclui a abordagem à família do potencial dador. A maior parte dos enfermeiros sente-se inibido ao abordar o conceito de morte à família, devido à vulnerabilidade das pessoas significativas pelo sofrimento relacionado, pois verifica-se ainda uma dificuldade na interpretação do tema morte cerebral associada à estabilidade das outras funções vitais. Apesar de em grande parte dos países europeus, a legislação dar consistência a um consentimento presumido, mesmo que a oposição não seja declarada oficialmente, o cumprimento da lei não é tão evidente como se julga e são praticamente inexistentes os casos em que não se envolve a família, dado que é considerada uma extensão do potencial dador. O apoio, a empatia, o respeito pelos valores éticos, sociais e culturais, o esclarecimento claro e eficaz aos familiares, as estratégias de comunicação, a colaboração dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, especialmente dos médicos e dos

coordenadores de doação e transplantação bem como a existência de competências acrescidas e o investimento em formação contínua e literacia em saúde baseada na melhor evidência disponível, quer dos profissionais de saúde, quer da população em geral consideram-se intervenções relevantes para a mudança deste paradigma.

Em suma, a promoção de uma cultura de doação entre todos contribui para o sucesso da gestão do processo de doação entre os enfermeiros, só assim se conseguirá um reconhecimento do enfermeiro nesta área específica, principalmente na sensibilização deste fenómeno transicional. Pessoas motivadas, interessadas e informadas, dignificam a vida até mesmo onde o caminho, parece ter fim.

Implicações para a investigação:

O mapeamento desenvolvido pelos autores na busca de linhas orientadoras para descrever as intervenções de enfermagem perante esta problemática mundial, permitiu valorizar o papel dos enfermeiros no âmbito do processo de doação de órgãos e tecidos, em unidades de cuidados intensivos. Apesar de ser um tema sensível e pouco explorado pela complexidade das questões éticas, legais, sociais e profissionais inerentes, atualmente a taxa de doação não corresponde à desejada. É desta forma importante maximizar as possibilidades de doação, garantindo as condições de qualidade e segurança dos órgãos e tecidos colhidos, bem como a eficiência e efetividade das equipas de enfermagem envolvidas no processo de doação. De realçar a relevância da realização de mais estudos primários e secundários, futuros, em torno da questão de estudo.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Neste capítulo serão relatadas as competências desenvolvidas concorrentes para um melhor desempenho enquanto futuro enfermeiro especialista, através da análise crítico-reflexiva e descritiva dos objetivos delineados para este processo formativo e atividades realizadas conducentes à operacionalização dos mesmos, quer no Serviço de Urgência, quer na UCI-CR-ECMO, quer no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação. Nele é, também, feita uma análise sobre as diferentes situações e questões complexas vivenciadas, assim como é proposto fazer a integração num novo perfil de competências no cuidado à pessoa e família a passarem por processos de doença crítica. Importa, por isso, considerar a definição de enfermeiro especialista que, com base no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, este “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...), que decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (...) e que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2019 p. 4744 e 4745).

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O primeiro estágio decorreu no Serviço de Urgência (SU) de um centro hospitalar de Lisboa. Desde 2013, este serviço de Urgência Geral Polivalente constitui um dos dois polos integrantes da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para as especialidades definidas: Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar, Gastrenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Urologia. A urgência geral polivalente dá igualmente suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC, Via Verde Sepsis e Via Verde de Trauma. O SU deste hospital

serve uma população estimada em 2,3 milhões de habitantes (SNS, 2023) funcionando 24 horas por dia, 7 dias da semana.

A prioridade no atendimento dos doentes é definida segundo o sistema de Triagem de Manchester, implementado em Portugal desde 2000 e neste Centro Hospitalar desde 2007 (SNS,2023). O objetivo é *“definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica”* (DGS, 2018, p. 9). O enfermeiro seleciona um fluxograma mais adequado ao seu principal sintoma, história clínica, outros sinais e sintomas apresentados, sendo encontrado um descritor pelo sistema, e o doente é classificado numa das cinco categorias: Emergente (vermelho), avaliação imediata; Muito Urgente (laranja), avaliação em até 10 minutos; Urgente (amarelo), avaliação em até 60 minutos; Pouco Urgente (verde), avaliação em até 2 horas; e, Não Urgente (azul), avaliação em até 4 horas. Este sistema de triagem permite que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, e com a maior brevidade possível (Amthauer & Luzia, 2016; Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto, 2014).

A equipa de enfermagem é constituída por 150 profissionais distribuídos por 5 equipas, todas elas lideradas por um chefe de equipa, sendo que todos eles são enfermeiros especialistas, e, por isso, são profissionais que adaptam a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados, gerindo os cuidados de enfermagem, potencializando a resposta da equipa e a articulação com a equipa multiprofissional (OE,2018b), dentro dos diversos setores que compõem o SU.

Na integração à equipa acolhedora, o Enfermeiro Gestor do SU apresentou-me à enfermeira orientadora clínica do estágio, mestre em enfermagem e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica. Em reunião de planeamento deste percurso formativo apresentei os meus objetivos para aquele estágio, tendo a enfermeira orientadora, ficado entusiasmada com os mesmos, advertindo, no entanto, para a possível não exequibilidade dos mesmos dado o período de duração do

estágio, pois poderia terminá-lo sem vivenciar um processo de identificação de potenciais dadores de órgãos e tecidos no SU.

Neste primeiro dia foi possível observar a complexidade de um serviço de urgência, não só pela quantidade de profissionais que nele atuam, como também pelo número de doentes que nele permanecem e são admitidos, tendo ficado apreensivo, uma vez que nunca tinha contactado com a realidade/ contexto clínico/ doentes de um serviço de urgência. Embora trabalhe numa Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados, onde a complexidade de doentes é elevada, este primeiro contacto com o SU fez-me refletir e questionar a minha capacidade de intervenção dada a minha falta de experiência num serviço como o SU. No entanto tive presente o que nos diz Benner (2001, p.54) ao afirmar que *“a enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade do enfermeiro proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos”* e isso reconfortou-me. Esta mensagem tornou-se essencial para entender que eu próprio, neste percurso de me tornar enfermeiro especialista estou a viver um processo de transição, ou seja, uma mudança relacionada com a saída da minha zona de conforto, que me leva à alteração de rotinas, relações e perceções (Meleis et al,2000).

Na mesma reunião de planeamento do estágio ficou acordado que passaria pelos diferentes setores que compõem o serviço de urgência para que pudesse atingir a mestria necessária para me tornar um enfermeiro especialista. Um dos setores preferenciais onde prestaria cuidados em colaboração e num maior período de tempo, seria na sala de emergência, onde, potencialmente, poderia ter mais oportunidade de encontrar as pessoas alvo das minhas intervenções - pessoas em situação crítica potencial dador de órgãos e tecidos. Nessa reunião ficou, também, acordado, e por solicitação minha, realizar um turno com um enfermeiro responsável pela gestão do SU e um turno com um enfermeiro na VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Apesar de já não estarmos em período pandémico da infeção pelo vírus SARS-COV2, esta urgência ainda possui um plano de contingência com uma

área específica para doentes suspeitos ou confirmados da infeção. Como referi anteriormente, o método de trabalho, a panóplia de doentes, e até mesmo a diferença nos recursos existentes, obrigou-me a um olhar mais atento sobre cada situação específica.

Após a triagem, e de acordo com a mesma, os cuidados aos doentes ou são prestados nos balcões de “ambulatório”, ou no balcão “macas” ou nas 4 salas de emergência (reanimação e trauma) existentes neste SU. Nos primeiros turnos no balcão “macas”, onde cada um dos três enfermeiros alocados a este setor fica responsável por, pelo menos, 12 doentes considerados urgentes, existem muitos (doentes) que têm de ser transferidos para a sala de emergência, dado o agravamento do seu estado de saúde, o que me ajudou a desenvolver o meu julgamento clínico, na priorização dos cuidados a cada um dos doentes e na tomada de decisão para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Como diz Benner (2001, p.58), “as peritas (peritos) têm uma enorme experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis”, ou seja, conseguem detetar precocemente alterações agudas nos doentes, e agir de forma a superá-las.

As quatro salas de emergência existentes neste SU, estão equipadas com uma panóplia de material diferenciado (ventiladores, carro de emergência, material cirúrgico) quer para a estabilização do doente crítico, quer até para a realização de cirurgias.

Neste SU existem também cinco salas de observação (denominadas de SO), com capacidade para monitorização de 22 doentes que exijam uma vigilância durante 24 horas, e ainda uma sala de isolamento de contacto com capacidade para 2 doentes. Esta gestão de doentes dentro do SU é feita pelo enfermeiro chefe de equipa, por um enfermeiro responsável pela área de gestão e pela responsável dos assistentes sociais.

Todos os dias, é feito um reportório dos doentes, onde o enfermeiro chefe de equipa do turno anterior expõe o motivo de vinda a SU, o estado atual e qual o plano terapêutico para cada um dos doentes, identificando as vagas e os casos sociais existentes.

No turno que realizei com uma das enfermeiras responsáveis pela gestão, acompanhei todo este processo inicial de *meeting*, identificámos necessidades de recursos materiais, e fomos verificar todas as Pyxis®, sistemas automatizados de distribuição de medicamentos, nos quais só os medicamentos prescritos para aquele doente nos são acessíveis, contribuindo assim para a segurança do doente, uma vez que minimiza o risco de erro por parte dos enfermeiros. Este sistema constituiu-se uma novidade, mas de grande aprendizagem, pois percecionei que esta gestão de medicamentos, fomenta uma melhor localização dos fármacos existentes nas muitas divisões da Pyxis®, o que se tornou muito útil em casos de emergência.

Neste mesmo turno, dada a falta de recursos humanos, houve a necessidade de ajustar as pessoas disponíveis à necessidade de cuidados. Este exercício de gestão dos recursos requer experiência e adaptabilidade às adversidades, o que me permitiu desenvolver competências na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional.

De acordo com o regulamento 429/2018 das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação crítica (OE,2018a), uma delas é cuidar da pessoa a viver processos médicos complexos. Desta forma, optei por refletir sobre uma situação de identificação/referenciação de potenciais dadores de órgãos e tecidos neste local de estágio, sendo o papel do enfermeiro de extrema importância na identificação e referenciação de possíveis dadores de órgãos e tecidos, tanto nos serviços de urgência, como nas unidades de cuidados intensivos (Emergency Nurse Association, 2004; Tamburri, 2006; Bulechek, et al., 2012). Para que o processo de identificação e referenciação de possíveis dadores seja levado a cabo com sucesso, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem estar sensibilizados para esta condição e informados sobre os procedimentos existentes. Necessidade expressa e sentida no questionário realizado pré ação de formação neste serviço (Apêndice 6), onde é evidente na questão “Conhecimento da norma ou protocolo existente na instituição” uma oportunidade de melhoria de quase 40% na divulgação de informação nesta

área tão específica do cuidar, uma vez que 37,7% dos inquiridos desconhecem normas ou protocolos da instituição.

Pelo atrás referido chamo a texto uma situação específica de identificação e referenciação de um potencial dador de órgãos e tecidos que serve de base à minha reflexão. De forma a preservar a confidencialidade e a privacidade dos dados, o utente alvo do cuidado será designado por Sr. X. O doente X de 65 anos, chega ao serviço de urgência trazido pela VMER após ter sido encontrado caído entre vãos de escadas, junto a um quadro elétrico. No local encontrava-se sozinho, inconsciente, mas com pulso periférico, com Glasgow 3 (abertura ocular:1; resposta verbal:1; resposta motora:1), duas feridas inciso-contusas, com perda hemorrágica significativa por apreciação subjetiva. Foi entubado com tubo orotraqueal (TOT) número 7,5, sob indução de propofol. Iniciou também, no local, suporte aminérgico com noradrenalina (10mg) por hipotensão marcada. O Sr X chegou à sala de reanimação acompanhado de médico, enfermeiro e dois tripulantes de ambulância. O médico e o enfermeiro transmitiram toda a informação através da mnemónica ISBAR¹ à medida que íamos transferindo o doente para a maca da sala de emergência.

Estando o doente monitorizado e na maca da sala de emergência, procede-se à abordagem ABCDE que, de acordo com o Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (2019), é uma avaliação transversal utilizada na apreciação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pela própria abordagem ABCDE:²

¹ A mnemónica ISBAR é um auxiliar de memória que permite, através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que: I – corresponde à Identificação; S – à Situação atual; B – aos Antecedentes; A – à Avaliação; R – às Recomendações (DGS, 2017).

³ **A.** Airway: Permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical; **B.** Breathing: Ventilação e Oxigenação; **C.** Circulation: Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia; **D.** Disability: Disfunção Neurológica; **E.** Expose/Environment: Exposição com controlo de Temperatura (INEM,2019)

A. **Via Aérea** – doente entubado com tubo orotraqueal número 7,5 ao nível 24 à arcada dentária.

B. **Oxigenação** – doente com ventilação mecânica invasiva em volume controlado, com SPO2 de 100%, sem estímulo respiratório. A equipa de enfermagem entubou o doente por via orogástrica (uma vez que desconhecemos se houve trauma da face e/ou cabeça) com sonda de calibre 20Fr, em drenagem passiva, com saída de vestígios de conteúdo compatível com estase gástrica.

C. **Circulação** – doente com instabilidade hemodinâmica em peri-paragem, com bradicardia e capnografia baixa, a exigir ressuscitação volémica. Administrou-se, em cateter venoso periférico uma fórmula de atropina (0,5mg), 25mcg de adrenalina, 500ml de lactato de ringer e 500ml de soro polieletrólítico simples para infundir de imediato (500ml em 15min), com repercussão hemodinâmica estabilizadora para FC de 80bpm. Colocou-se uma sonda vesical do tipo foley de calibre 14FR, com saída de urina clara e sem vestígios hemáticos para monitorização de balanço hídrico. O médico intensivista colocou um cateter venoso central (CVC) na veia subclávia direita de 4 lumens e uma linha arterial na artéria femoral direita. Colheu-se sangue para 4 tubos (bioquímica, coagulação, EDTA, tipagem e ROTEM³) e pediu-se duas unidades de concentrado eritrocitário (UCE) não tipado (ou seja, independente do grupo sanguíneo), conforme protocolo de hemorragia maciça. Após o resultado ROTEM incoagulável fez 4gr de fibrinogénico, 1 pool de plaquetas, 5 unidades de plasma, 1gr de ácido tranexâmico em perfusão a 6,25 cc/h, 1gr de cloreto de cálcio. Após uma gasometria arterial (PH 6,97; Hg 5,8; K+2,2; Ca²⁺ 0,9; Glicose 79) pediram-se mais 2 UCE, administraram-se 2 fórmulas de bicarbonato a 8,4%, iniciou-se perfusão de KCL 50mEq a 10cc/h, fez-se 1 fórmula de gluconato de cálcio e 1 fórmula de glicose hipertónica. Administrou-se, ainda, profilaticamente 1gr de vancomicina e 1 formula de manitol 20%. O Doente estava hipotenso com tensão arterial média entre 50-55mmHg (TAM alvo > ou igual a 80mmHg), com necessidade de escalar suporte vasopressor (NA10mg a 36cc/h). Apresentava traçado cardíaco rítmico com frequência de 85bpm, e realizou ECG sem aparentes alterações.

³ Tromboelastometria rotacional

D. **Disfunção neurológica** – pupilas midriáticas simétricas e não reativas, com resposta verbal e motora ausentes (Glasgow de 3), sem sedoanalgesia em curso.

E. **Eventos** – Doente apresentava duas feridas inciso-contusas do escalpe frontal direito e occipital sangrantes, tendo sido realizada hemóstase com pensos compressivos.

Terminando a abordagem, procedi ao transporte intra-hospitalar deste doente para a realização de TAC-CE e TAC-TAP, o primeiro revelou edema e isquémia cerebral bilateral, provavelmente a condicionar o prognóstico vital, e o segundo identificou um provável hematoma renal.

Após a avaliação clínica que relato, sensibilizámos o médico responsável para a necessidade de estabelecer contacto precoce com o coordenador hospitalar de doação (CHD). O médico fez esse contacto, e o CHD considerou o doente como potencial dador, através da consulta do Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), que tal, como refere o Decreto-Lei nº 244/94, de 26 de Setembro, “a total ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de certos órgãos ou tecidos, ou para a afetação desses órgãos ou tecidos a certos fins, é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENDA, mediante o preenchimento adequado pelos seus titulares ou representantes legais de impresso tipo”. Embora este doente não tenha registo de inscrição no RENDA, desconhecemos a causa de morte, por isso, não estando ainda a família no SU, para que pudéssemos obter alguma informação, a avaliação de dador efetivo, com a realização de provas de morte cerebral seria feita, já com o doente na unidade de cuidados intensivos. De acordo com declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, a verificação de morte cerebral requer: realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade, a realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário, que a execução das provas de morte cerebral seja realizada por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos) e, ainda que nenhum dos médicos que execute as provas pertença

a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos, e pelo menos um, não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

Após a estabilização do quadro clínico do doente, este foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINT), acompanhado por mim, pela enfermeira orientadora, por um assistente operacional e pelo médico intensivista. O fator tempo esteve presente ao longo deste episódio e constituiu um agente gerador de stress nos profissionais presentes. Isto porque, realizar intervenções de enfermagem num determinado período, tendo por base um diagnóstico, é bastante menos complexo que quando o diagnóstico é incerto e o tempo escasseia.

Feita a transferência do doente, e já não estando sob os nossos cuidados, realizámos um *debriefing* de forma a identificar o que poderíamos ter feito diferente para obter melhores resultados, uma vez que “... os resultados de uma prática competente não são completamente apreendidos se neles não incluirmos o contexto, as intenções e as interpretações desta prática competente” (Benner, 2001, p.63),

Nesta mesma reunião, concluímos que o fato de estarmos despertos para a identificação precoce dos potenciais dadores, contribuiu para salvar ou melhorar a vida de outra pessoa. No entanto, ao longo deste estágio, apercebi-me de que muitos dos enfermeiros não estão despertos para a referenciação e identificação de potenciais dadores.

Nesta envolvência é de relevo refletir, sobre um estudo internacional recente que aponta para a necessidade de formação à luz do fraco conhecimento e compreensão do processo de potenciais dadores, e recomendam a implementação de intervenções educativas específicas (Dopson & Long-Sutehall, 2019). Perante este problema que também constatei em território nacional, neste caso, no local de estágio por mim escolhido, refleti com a enfermeira orientadora e outros enfermeiros do SU sobre os fatores que poderiam contribuir para aumentar o número de colheitas de tecidos, nomeadamente em dadores de coração parado. Concluímos, na linha do estudo supracitado, que a formação poderia ajudar, por isso, desenvolvi uma ação sobre “colheita de córneas em dadores de coração parado” (Apêndice 4),

para sensibilizar os profissionais da necessidade precoce de identificar e referenciar o potencial dador de órgãos e tecidos no serviço de urgência. Desenvolvi, também, uma proposta de instrução de trabalho (Apêndice 5) para facilitar e dar a conhecer as etapas a seguir no processo de identificação/referenciação de potenciais dadores. É de referir também, que a proposta de instrução de trabalho que elaborei ficou disponível no SU para poder ser consultada por todos os profissionais, tendo, assim, contribuído para o desenvolvimento de práticas de qualidade e melhoria contínua nesta área. Após esta ação formativa síncrona, foi também realizada uma ação assíncrona que foi disponibilizada para abranger um maior número de enfermeiros, implementei dois questionários, um pré- formação, e um pós- formação de forma a avaliar a mesma. Nos Apêndices 6 e 7, apresento os resultados obtidos com estes questionários. Importa dizer, que quase 100% dos 61 enfermeiros que responderam ao questionário antes da ação formativa, consideram pertinente a existência de uma instrução de trabalho no serviço de urgência relacionada com esta área.

Voltando ao caso específico apresentado, o SU dispõe de um gabinete de informação à família, com uma equipa de dois enfermeiros, que prestam informação por telefone aos familiares dos doentes internados no SU. Esta prática clínica em uso no SU, tem, a meu ver, uma importância extrema, uma vez que a família, ao longo deste processo passa por um processo de mudança. Neste sentido, Meleis (2010) aponta que os enfermeiros podem influenciar os processos de transição na implementação de estratégias facilitadoras da adaptação para uma nova situação familiar, caracterizada por vulnerabilidade e sofrimento, traduzindo-se assim num processo de transição saudável. As transições situacionais compreendem a adição ou subtração de pessoas no meio, requerendo a definição e redefinição de papéis dos envolvidos (Schumacher & Meleis, 1994) e por isso o enfermeiro deve acompanhar estas mudanças, e informar e envolver a família neste processo. No entanto, se é imprescindível este SU dispor de um gabinete telefónico de informação à família, o mesmo não tem nenhum local com a privacidade necessária para a transmissão de más notícias, o que muitas vezes dificulta a abordagem à família.

No supracitado caso, eu, a orientadora clínica e o médico responsável, quando os familiares chegaram ao SU, encaminhámo-los para uma sala de emergência que estava vazia, e informámos sobre a situação do seu familiar agora numa considerada irreversível, e fizemo-lo muito de acordo com o que nos diz Meleis (2012), usámos, por isso, simplicidade na linguagem, subtileza, escuta ativa, respeito e consideração pelo outro. Esta tarefa foi desafiante, porém, o cuidado, a clareza e a assertividade tidas na transmissão da informação foram diferenciadoras e sinónimo de algum conforto para a família. Ora, “Quando as peritas (peritos) podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível, e é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis” (Benner, 2001, p.61).

Outra das situações que contribuiu para o desenvolvimento de competências, conforme espelhado no regulamento 429/2018 das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação crítica (OE,2018a), foi a abordagem ao doente grande queimado no serviço de urgência. O facto de ser uma área de cuidado onde desenvolvo a minha atividade profissional há mais de 5 anos, porém noutra contexto, permitiu que, com base na minha *praxis* clínica especializada em evidência científica, não só mobilizasse como também desenvolvesse conhecimentos no que diz respeito ao cuidado preventivo de infeção do doente queimado. Por exemplo, partilhei o meu conhecimento com os enfermeiros do SU sobre tratamento às queimaduras e a lavagem cirúrgica das mãos, tendo por base todas as normas emanadas para o controlo de infeção.

A DGS (2007) refere que 30 a 40% das infeções são provocadas por agentes resistentes, resultante da colonização cruzada, tendo como principal veículo as mãos dos profissionais de saúde. Pina, Ferreira, Marques e Matos (2010) afirmam que o controlo da infeção entra na esfera da segurança do doente e é fundamental que, em todos os momentos da prestação de cuidados, se atue na prevenção da infeção, assim como no controlo da transmissão cruzada de microrganismos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O feedback dado pelos enfermeiros do SU sobre esta partilha de conhecimento e experiência relativamente ao doente queimado, foi gratificante, na medida em que consideraram ter sido um contributo imprescindível para a qualidade e segurança dos cuidados prestados a este tipo de doentes.

Por fim, na minha passagem de um turno de 8 horas na VMER, tive a oportunidade de implementar a abordagem à pessoa em situação crítica e família no contexto extra hospitalar. Esta possibilidade de colaborar com a equipa da VMER nos cuidados por ela prestados foi, sem sombra de dúvida, um complemento importante na aquisição e desenvolvimento de competências neste contexto de estágio, uma vez que pude integrar, entender e compreender o percurso da pessoa em situação crítica e família, do pré hospitalar até aos circuitos dentro do serviço de urgência.

De referir ainda que tive a oportunidade de conhecer o plano de intervenção em situações de emergência e catástrofe existente neste SU, um plano acessível a todos os enfermeiros do centro hospitalar, e que, estava a ser adaptado à Jornada Mundial da Juventude, evento que teve lugar em Lisboa em agosto do corrente ano. Assim, tive oportunidade de colaborar no planeamento das possíveis intervenções enquanto resposta às situações de pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe. Chamo a texto uma situação de emergência que decorreu num turno da noite, quando recebemos uma chamada do CODU, indicando que tinha havido uma explosão num treino de fuzileiros, do qual resultaram seis feridos, e que estavam a ser transportados para este SU. Aqui foi notório o facto de ter conhecimento sobre o plano de catástrofe e emergência que me permitiu colaborar na adequação da resposta ao acontecimento, na medida em que tivemos a necessidade de mobilizar doentes que se encontravam nas salas de emergência, em vigilância, para as salas de SO, de forma a acolher os feridos da explosão. O que fizemos foi, no fundo, gerir e otimizar recursos tendo em conta as prioridades de atuação.

Em suma, considerando todas as situações vivenciadas e experienciadas no SU, concluo ter desenvolvido muitas das competências comuns e específicas relacionadas com as intervenções de enfermeiro

especialista em médico cirúrgica na área do doente crítico e atingido os objetivos a que me propus no âmbito do percurso académico para a atribuição do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na abordagem à pessoa em situação crítica.

2.2. GABINETE COORDENADOR DE COLHETA E TRANSPLANTAÇÃO

O Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) possui como missão, coordenar as atividades de colheita e transplantação nas instituições de saúde da sua área de referência – definida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) –, com eventual extensão a nível nacional e internacional, visando responder às necessidades das pessoas em lista de espera para transplante de um órgão ou tecido, norteando o seu desempenho pelo compromisso com a segurança, a qualidade e a ética (SNS, 2023).

Este gabinete integra, a tempo inteiro, quatro profissionais: dois enfermeiros – um deles com o cargo de diretor do gabinete, sendo as funções de coordenador de colheita e transplantação (CCT) assumidas por ambos; uma técnica superior – responsável pela área dos tecidos; e uma assistente operacional – que presta auxílio ao trabalho desenvolvido pelos outros três elementos. Todavia, para dar resposta à realização das colheitas, o GCCT trabalha em articulação com várias equipas que integram profissionais do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – CHULC, em função dos órgãos e tecidos a colher.

A nível externo, o GCCT articula a sua operação com mais de uma dezena de entidades:

- **Coordenadores hospitalares de doação (CHD) dos hospitais da rede** – avaliam e validam todos os potenciais dadores identificados e organizam a logística dos processos de colheita;
- **Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa (CSTL)** – realiza o estudo de virologia dos dadores e as análises de histocompatibilidade dador-recetor;
- **Banco de tecidos do IPST** – recebe, analisa, processa, armazena e distribui os tecidos colhidos pela equipa multitecidos afeta ao GCCT;

- **Guarda Nacional Republicana (GNR)** – garante o transporte em segurança – a nível nacional – de produtos biológicos para análise, órgãos e tecidos;
- **Polícia de Segurança Pública (PSP)** – através do serviço de batedores, facilita a deslocação das equipas dentro do perímetro urbano, em alturas de maior tráfego;
- **Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)** – transporta, quer por via terrestre quer por via aérea, equipas de colheita, nomeadamente de órgãos torácicos;
- **Força Aérea Portuguesa (FAP)** – transporta, em distâncias longas, equipas de colheita e órgãos, tenham ambos origem e destino em Portugal ou no estrangeiro;
- **ANA Aeroportos de Portugal** – facilita, através da gestão conjunta com os supervisores dos aeroportos, as missões de mobilização de equipas de colheita e/ou órgãos;
- **Os restantes GCCT nacionais e Organización Nacional de Trasplantes (ONT)** [organização espanhola] – colaboram na gestão de processos de colheita;
- **IPST** – gere as áreas de controlo da atividade e definição estratégica;
- **Direção-Geral da Saúde (DGS)** – é responsável pela inspeção das atividades de colheita e transplantação;
- **Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)** – realiza auditorias ao GCCT, no âmbito do processo de gestão da qualidade.

De acordo com o mencionado no Despacho n.º 14341/2013, os progressos técnicos e científicos registados nas últimas décadas na área da medicina permitiram melhorar a forma de colheita, preservação e transplante de órgãos, contribuindo para o aumento do número global de transplantes. Contudo, o número de órgãos colhidos em doentes em morte cerebral é insuficiente para responder às necessidades crescentes de candidatos a transplante. De referir, no entanto, que a possibilidade de colheita de órgãos em pessoas falecidas por paragem cardiocirculatória irreversível, regulada pelo despacho supramencionado, veio aumentar a possibilidade de resposta às pessoas em lista de espera para transplante.

Além disso, a legislação portuguesa já tinha dado um contributo importante para melhorar a resposta às necessidades de transplantação de órgãos, isto porque, em 1994, o país adotou um sistema jurídico de *opting out*, ou seja, todo o cidadão que não manifeste oposição à dádiva junto do Ministério da Saúde, é considerado dador. De referir, no entanto, que a autonomia da pessoa não é coartada, uma vez que pode, a qualquer momento, solicitar a sua inscrição no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA).

De qualquer maneira, é importante notar que, neste contexto, há que combater a iliteracia referente à ausência de necessidade de consentimento dos familiares de potenciais dadores, pois o que os define como elegíveis para doação é a não inscrição no RENDDA (SNS,2022).

Também a pandemia causada pela *Coronavirus Disease* (COVID-19) impactou de forma negativa esta área de cuidados de saúde, quer pela quantidade de doentes que precipitou para as UCI – diminuindo drasticamente o número de camas disponíveis para os cuidados a possíveis dadores falecidos em morte cerebral (MC), quer pela interrupção do programa de colheita de órgãos em dador falecido em paragem cardiocirculatória (PCC), durante cerca de nove meses. Exemplo disso é o facto de, no hospital onde o estágio se desenrola, a última colheita nesta tipologia de dador – falecido em paragem cardiocirculatória – ter ocorrido em março de 2020. Sendo assim, o recomeço desta atividade poderá ser interpretado, também, como um indicador positivo na capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde às necessidades de doação e transplantação de órgãos e tecidos.

Contudo, e apesar das condicionantes existentes, o GCCT, comprometido com a sua missão, tem-se mantido proativo na procura de resposta aos doentes em lista de espera para transplante. Para isso, tem contribuído, de forma fundamental, a atualização constante da informação científica produzida e das normas clínicas emanadas pelas autoridades competentes junto dos coordenadores hospitalares de doação (CHD) e das unidades de transplantação (UT).

A doação de órgãos constitui-se como um tema do meu interesse pessoal. No final de 2021, cerca de duas mil pessoas aguardavam por um

transplante em território nacional (IPST, 2022). De acordo com o European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare (EDQM, 2017), a cada hora na Europa, são adicionados cerca de cinco novos doentes à lista de espera para transplantação. Em Portugal, e de acordo com os dados mais recentes do EDQM, a 31 de dezembro de 2016 existiam 2231 utentes em lista ativa de espera para transplante sendo que, desses, 1308 correspondiam a novas entradas em lista durante esse ano. Nesse mesmo ano de 2016, ocorreram 66 mortes de doentes a aguardar um transplante. De acordo com os dados do Instituto Português de Sangue e Transplantação (IPST) para o mesmo ano, em lista de espera para transplante de coração estavam 17 doentes, para transplante de pâncreas 35 doentes, pulmão 59 doentes, fígado 108 doentes e rim 2011 doentes.

Motivado pelos números acima descritos e num exercício reflexivo com o orientador clínico, surgiu a necessidade de adquirir e desenvolver competências no que diz respeito à deteção precoce de um potencial dador de órgãos, uma vez que este exercício interventivo pode contribuir para a diminuição das listas de espera.

No serviço onde desempenho funções como enfermeiro, há mais de cinco anos, não existe evidência da referenciação de potenciais dadores. Apesar de muitos dos doentes ali internados não cumprirem critérios de elegibilidade devido a infeções sistémicas graves (IPST, 2017), tenho consciência de que alguns poderiam ter sido referenciados. O conhecimento adquirido ao longo deste percurso formativo no GCCT, já me permitiu analisar e concluir que muitos dos profissionais de cuidados críticos não estão sensibilizados para esta área de intervenção. Assim, consciente das minhas responsabilidades enquanto futuro enfermeiro especialista, optei por adquirir e desenvolver competências nesta área, capacitando-me para poder sensibilizar e formar os pares.

Por exemplo, segundo os dados do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, em 2022 houve um aumento da importação de córneas e uma menor referenciação de potenciais dadores por parte dos profissionais de saúde (IPST,2022). Nesse sentido, tive a oportunidade de, no primeiro local de

estágio (SU), após a identificação de um problema no que diz respeito, precisamente, à identificação do potencial dador de córneas, articular com o GCCT o desenvolvimento de uma ação de formação naquele serviço, sob a temática “Colheita de córneas em dador de coração parado”.

É certo que Portugal ocupa um lugar cimeiro no panorama da doação e transplantação a nível mundial. Em 2021, foi o quarto país europeu com maior número de dadores falecidos tendo, inclusivamente, registado, no ano passado (2022), um aumento de 19,5% (IPST,2022). Ainda assim, existe margem para melhorar a resposta às necessidades crescentes de órgãos disponíveis para transplantação, também porque continuam a verificar-se mortes nos doentes que constam da lista de espera para transplante (IPST,2019).

Posto isto, na reta final do estágio da UC: Estágio Final e Relatório, fazia todo o sentido que o meu estágio opcional passasse pelo GCCT. A inclusão deste local no percurso visou não só dar continuidade à temática trabalhada no estágio anterior, como também desenvolver competências enquanto futuro enfermeiro especialista, na gestão do cuidado da pessoa em situação crítica e família. A vivência da coordenação dos programas de colheita de órgãos e tecidos, a participação no processo de colheita de órgãos e tecidos, assim como na transplantação dos mesmos, são experiências promotoras do desenvolvimento de competências de especialista que alcancei ao longo deste estágio. Acredito que as mesmas possibilitaram-me adquirir as competências necessárias à construção da minha identidade como enfermeiro especialista e, ainda, capacitar-me de forma a contribuir para sensibilizar e formar os pares sobre a necessidade de identificação e referenciação de potenciais dadores de órgãos e tecidos.

Tal como refere Abreu (2007, p. 14) o “pensamento reflexivo contribui para uma ideia mais informada mais consistente, constituindo o suporte para a afirmação da identidade profissional”, daí que, em linha com esta forma de estruturação da análise, início a partilha das experiências vividas durante o meu estágio no GCCT, com base na estrutura do processo de “aprender a partir da experiência” (Gibbs, 1988, p.49).

Este estágio final assumiu especial relevo na minha formação académica e profissional, dado que permitiu adquirir conhecimentos e desenvolver competências específicas na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Tal como definido no artigo 2.º do Regulamento n.º 429/2018, publicado em Diário da República, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são: “a) cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado”. Considerando as competências descritas, optei por refletir sobre o processo de doação e transplante, desde a gestão do cuidado ao dador à colheita dos órgãos e tecidos, e desde a gestão da sua qualidade e segurança até à chegada ao recetor – relacionando as experiências vivenciadas com as competências que desenvolvi, enquanto futuro enfermeiro especialista.

Nas unidades clínicas, para que o processo se inicie, é condição necessária que ocorra identificação e referenciação de possíveis dadores. Como defende Matesanz (2010), os profissionais de saúde constituem-se como um pilar fundamental para esta atividade. Os enfermeiros são profissionais muito bem posicionados, na estrutura de cuidados, para realizarem a identificação e referenciação dos potenciais dadores (Pedroso et al., 2019). Porém, para que tal possa ocorrer, é necessário que se encontrem sensibilizados e capacitados de forma a constituírem-se como ativadores do processo. A capacitação advém do conhecimento adquirido, das experiências vivenciadas e do domínio dos procedimentos operativos normalizados aplicáveis a estas situações clínicas. Já a competência, é descrita por Fleury e Fleury (2001), apoiados na definição de Zarifian (1999), como a inteligência prática usada em casos onde a expressão dos conhecimentos adquiridos é proporcional à complexidade das situações. Neste trajeto de construção de

identidade enquanto enfermeiro especialista, acredito ser fundamental a partilha do conhecimento adquirido com os pares e outros profissionais de saúde, neste campo específico dos cuidados, contribuindo para a minimização da iliteracia relacionada com o processo de doação e transplantação de órgãos e tecidos.

A análise reflexiva que agora descrevo incide sobre uma situação particular de gestão do cuidado ao potencial dador e processo de colheita de órgãos e tecidos num hospital da rede de referenciação deste GCCT (fígado, rins, baço, gânglios e córneas).

A senhora X, 44 anos de idade, contactou o 112 por dor pré cordial retroesternal, com irradiação para os ombros e referindo hipersudorese, com dois dias de evolução. À chegada ao local, os bombeiros constataram alteração do estado de consciência e presenciaram a paragem cardiorrespiratória (PCR). Avaliado o ritmo cardíaco, com desfibrilhador automático externo (DAE), registam ritmo desfibrilhável, sendo administrados 3 choques de 150 Joules, conforme recomendação da European Resuscitation Council Guidelines (2021), revertendo para ritmo sinusal e evolução favorável do estado de consciência. Realizado eletrocardiograma (ECG) pela equipa de suporte imediato de vida (SIV), este evidenciou um supradesnivelamento de ST ântero-lateral e bigeminismo ventricular – compatível com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio (European Resuscitation Council Guidelines, 2021).

Durante este processo assistencial foi ativada a equipa da viatura médica de emergência e reanimação (VMER), que se deslocou ao local da ocorrência, realizando entubação orotraqueal para garantir ventilação e proteção da via aérea, e entubação gástrica, com colocação de sonda nasogástrica. Seguidamente, a vítima foi transportada pela VMER ao serviço de urgência do Hospital B, sendo encaminhada para a sala de hemodinâmica. Já neste local, ocorreu nova PCR, constatando-se saída de conteúdo gástrico em grande quantidade pelo tubo orotraqueal (TOT). Foram realizadas manobras de suporte avançado de vida durante 20 minutos, conforme guidelines do European Resuscitation Council (ERC), sendo também trocado o TOT, com o apoio da anestesiologia. A senhora X foi, ainda, submetida a

cateterismo cardíaco, com evidência de oclusão da artéria coronária descendente anterior. Por fim, foi realizada angioplastia com stent proximal. Terminado o procedimento, ficou medicada com anticoagulantes e foi transferida para a unidade de cuidados intensivos (UCI) do mesmo hospital, sob sedação com midazolam e curarizada com rocurónio.

Ao longo de três dias, os médicos da UCI do hospital B foram reduzindo a sedação e suspenderam o curarizante, mas a doente permaneceu sem alteração favorável do estado de consciência – mantendo um *score* de Glasgow Coma Scale de 3. Perante este quadro clínico, a situação configurava-se com uma evolução para morte cerebral. Assim, estando reunidas as condições clínicas prévias necessárias à realização do diagnóstico de morte cerebral (Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de abril), foram realizadas as primeiras provas nesse sentido. Concluído o primeiro conjunto de Provas de Morte Cerebral (PMC), e verificando-se positivas, o coordenador hospitalar de doação (CHD) do hospital B referenciou a potencial dadora ao GCCT, sediado no hospital A, onde me encontrava a realizar o estágio.

A referenciação do potencial dador operacionaliza-se através do seu registo, pelo CHD, no Registo Português de Transplantação (RPT). Identificado o potencial dador no RPT, o GCCT, através do coordenador de colheita e transplantação (CCT) responsável pela gestão daquele processo, confirma a inexistência de oposição ou restrições à dádiva (artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 244/94), através da consulta ao Registo Nacional de Não dadores (RENDA).

O diretor do GCCT, meu orientador clínico, desempenhou neste processo as funções de CCT, verificando a não inscrição do potencial dador no RENDDA.

De acordo com a Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, compete ao GCCT coordenar a atividade de colheita e transplantação nos hospitais da sua rede de referenciação. O registo da avaliação clínica do potencial dador no RPT, feito pelo CHD do hospital dador, permite ao CCT responsável pela gestão do processo realizar a alocação dos órgãos às Unidades de Transplante (UT), de acordo com as normas e critérios aplicáveis. Esta alocação dos

órgãos às UT permite, aos responsáveis pelos programas de transplantação, aceder à informação clínica disponível e avaliar a adequação do órgão oferecido aos potenciais recetores em lista de espera, permitindo ainda, solicitar a realização de análises ou exames complementares de diagnóstico adicionais, em função das especificidades dos órgãos a colher/transplantar, de forma a conseguir uma melhor caracterização dos mesmos. Perante este contexto, o CCT iniciou os contactos telefónicos com os cirurgiões responsáveis pelos diferentes programas de transplantação, das UT que articulam com este GCCT, informando do processo em curso.

Constatei, assim, que a gestão de todo o processo depende da ação do Coordenador de Colheita e Transplantação. Os passos deste processo complexo foram sendo partilhados comigo e decodificados, de forma a entender melhor cada um deles. Isto, habilitou-me a desenvolver a competência comum dos enfermeiros especialistas relacionada com o domínio da gestão dos cuidados, conforme Regulamento n.º 140/2019 (OE,2019).

A avaliação do potencial dador implica, também, o estudo virológico do mesmo. Este é realizado pelos laboratórios dos Centros de Sangue e Transplantação (CST) – conforme exigência legal aplicável. O envio das amostras sanguíneas para estes laboratórios é providenciado pelo CCT, em articulação com o CHD e a UCI de internamento do potencial dador (informando das amostras necessárias, alertando para a sua correta identificação e dos impressos do CST que devem acompanhar as mesmas). A agilização do seu transporte para o CST varia consoante a localização do potencial dador. Tendo em conta que este se encontrava internado num outro hospital da rede, o transporte das amostras foi assegurado pela Guarda Nacional Republicana, através de um pedido por contacto telefónico, formalizado, depois, por e-mail. Este é mais um exemplo da complexidade da gestão de processos desta natureza.

Em relação à garantia da segurança, da rastreabilidade e da proteção de dados, esta é garantida através da criação de um código único gerado pelo RPT, sempre que um potencial dador é registado. Importa referir que a partir deste momento, o dador passa, sempre, a ser identificado por via deste código.

A composição do código de que falo segue, na sua construção, os requisitos europeus – iniciais que identificam o país (PT, no caso de Portugal, conforme a norma ISO), seguido dos 4 dígitos do ano civil em curso. Logo de seguida, surge uma barra e, depois, 6 dígitos que compõem o número de identificação do registo do dador. Este número inicia-se com o número 000001 no 1º dia de cada ano civil, e vai crescendo à medida que surgem novos dadores – resulta numa composição tipo: PT (ano civil a decorrer) / nº do registo. É este código que passa a identificar todos os órgãos e tecidos que chegam às UT, garantido o anonimato entre dador e recetor, mas garantindo a rastreabilidade. Ora, assimilar a relevância deste código, na gestão destes processos, remeteu-me para a interiorização daquilo que constitui também uma competência comum dos enfermeiros especialistas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, regulamento n.º 140/2019).

Após a realização das segundas provas de morte cerebral e acordado com o CHD do hospital dador o agendamento para a colheita, o CCT organizou a saída da equipa. Para isso, contactou não só os médicos e enfermeiros que se encontravam de prevenção para a realização do ato cirúrgico da colheita de órgãos e tecidos, como também a mim, na posição de aluno, para acompanhar a equipa e poder participar daquele processo.

Já no hospital, mas ainda a cerca de 30 minutos antes da hora agendada para a saída, eu e os dois enfermeiros mobilizados deslocámo-nos à sala técnica do GCCT para a preparação de todo o material e equipamentos necessários levar até ao hospital onde se encontrava o dador. O acompanhamento aos enfermeiros da equipa de colheita nesta fase do processo permitiu-me compreender a importância da gestão do cuidado para o resultado final, uma vez que as informações sobre o planeamento da colheita fornecidas pelo CCT e a validação da *checklist* de material e equipamentos necessários ao procedimento, diminuem a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e aumentam a qualidade do processo.

Chegados ao hospital onde estava a pessoa identificada como dador, fomos encaminhados até ao bloco operatório (BO). Enquanto se aguardava a mobilização da pessoa dadora da UCI para o BO, os enfermeiros prepararam

as mesas cirúrgicas. Após esta etapa, e concluída a receção da dadora na sala operatória, teve início o ato cirúrgico de colheita.

Os cuidados intraoperatórios, para prevenção e controlo da infeção numa cirurgia de colheita de órgãos e tecidos, são muito rigorosos, uma vez que existe um elevado risco de infeção, naturalmente não associado ao dador, mas aos vários recetores dos órgãos e tecidos. Além disso, a intervenção cirúrgica de colheita implica uma grande exposição corporal, muita manipulação dos órgãos e envolve a administração e aspiração de fluidos, pelo que existe o risco de contaminação dos órgãos e tecidos. No que respeita aos dadores em morte cerebral, segundo Colvara Mattana et al. (2011), existe um ainda maior risco de infeção devido ao grave comprometimento do sistema imunitário celular, que conduz à instabilidade hemodinâmica e à translocação bacteriana a partir do intestino até à cavidade abdominal. Perante este risco, e com base na evidência científica produzida relativa à prevenção da infeção no perioperatorio, é recomendado, por exemplo, o uso de dois pares de luvas cirúrgicas durante os procedimentos em que existe a possibilidade de exposição a sangue, fluidos corporais ou outros materiais potencialmente infecciosos (Wood E., 2013). Em relação a esta recomendação, tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira circulante, estando atento e alertando os colegas e a equipa médica da necessidade de cumprir esta regra no controlo da infeção do órgão ou tecido a colher. Considerando que se trata de cirurgias demoradas, o que incrementa o risco de contaminação, existe a necessidade de controlar o tempo para troca de luvas, sendo que o recomendado está entre os 90 e os 150 minutos (Wood E., 2013), ou sempre que exista a possibilidade de contaminação deste material cirúrgico. De referir ainda que, é importante a troca de luvas entre a colheita de cada órgão ou tecido.

Presenciar e participar neste processo foi, para mim, deveras entusiasmante, uma vez que nunca tinha estado perante um processo desta complexidade. Integrar uma equipa multidisciplinar, num contexto da prática muito distinto do meu, foi catalisador para o autoconhecimento e para o desenvolvimento da assertividade. De igual modo, a busca de evidência científica que fundamenta as ações, constituiu-se como um fator essencial na

minha capacitação neste trajeto para enfermeiro especialista. Interiorizo, agora, que esta experiência também foi estruturante no desenvolvimento da competência comum dos enfermeiros especialistas no domínio das aprendizagens profissionais e na competência específica do enfermeiro especialista em EMC: Pessoa em Situação Crítica respeitante à maximização da prevenção e controlo da infeção (OE, regulamento n.º 429/2018).

A maior parte das vezes, estes processos iniciam-se durante o período da tarde ou à noite, fora do tempo útil de estágio, o que dificulta o acompanhamento da situação em tempo real. Sendo assim, ter a oportunidade de acompanhar este processo na sua globalidade – referenciação do potencial dador, gestão dos cuidados ao potencial dador e família, alocação dos órgãos às UT, participação no ato cirúrgico de colheita e entrega dos órgão nas UT – conduziu-me à reflexão do quanto a gestão do cuidado pelo enfermeiro pode impactar o resultado para o recetor.

Os Coordenadores de Colheita e Transplantação em funções neste GCCT, mobilizam e armazenam uma infinidade de dados durante 24 horas por dia, estando disponíveis para responder a qualquer referenciação de potenciais dadores nos 7 dias da semana, todos os dias do ano. Articulam com um elevado número de diferentes categorias de profissionais de saúde e outras entidades externas ligadas à atividade. Na gestão complexa destes processos, realçam-se as habilidades relacionais e sociais destes profissionais, e a capacidade exímia dos mesmos no tratamento de dados sensíveis, zelando sempre pelo respeito à privacidade de dadores e recetores. Por fim, importa dar nota das várias formas de comunicação utilizadas ao longo de todo o processo: contactos telefónicos, troca de e-mails e partilha de informação registada no RPT ou armazenada pelo GCCT na pasta partilhada pela equipa, e na qual se encontra toda a informação mapeada do percurso dos órgãos, do dador ao recetor.

O facto de muitas etapas deste trabalho serem feitas, regra geral, de forma restrita, discreta e até por vezes solitária conduz à invisibilidade e à má perceção do desempenho de um Coordenador de Colheita e Transplantação. Reflexos dessa perceção desfasada da realidade corporizam-se, por exemplo,

em algumas pressões negativas a que estão sujeitos os coordenadores. Felizmente, as habilidades relacionais e sociais demonstradas por um CCT são ferramentas para a resolução dos conflitos e para superar os obstáculos com os quais, tantas vezes, são confrontados. Da mesma forma, estas competências relacionais revelam-se úteis na relação estabelecida com os familiares de potenciais doadores, no geral, e na relação criada com familiares estrangeiros, em particular, uma vez que a área de referência deste GCCT abrange uma população onde a multiculturalidade é constante.

No campo pessoal, apesar da complexidade das atividades do GCCT e do foco da coordenação centrar-se na organização dos atos de colheita/transplante, é de notar a forma objetiva, cordial e disponível com que toda a informação relativa à gestão destes processos me foi transmitida, sem esquecer o interesse da equipa na minha capacitação para “o desenvolvimento das aprendizagens profissionais...e possibilitar o avanço e melhoria contínua da prática de enfermagem” (OE, Regulamento nº 140/2109, p. 4745).

Como aspetos menos positivos, mas estruturantes, da minha participação nesta experiência enriquecedora, há que salientar as dificuldades sentidas no que diz respeito à capacidade de armazenamento de todo o material na única ambulância disponível no hospital A para efetuar o transporte, quer dos profissionais, quer dos órgãos colhidos. Não sendo uma viatura com as características para este tipo de transporte, a necessidade de garantir a segurança obrigou a equipa a adaptar o acondicionamento de todo o material. Contudo, a ocorrência desta situação menos positiva fez-me entender que um CCT precisa de dominar bem o contexto e ser criativo na resolução de problemas inesperados. Ressalta daqui o quão este evento adverso se relaciona com a competência específica do enfermeiro especialista em EMC: Pessoa em SC “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”. Este facto leva-me a interiorizar que a vivência da prática é estruturante na capacitação e criação da identidade profissional. Em relação aos aspetos mais positivos retenho a dinâmica e resiliência da equipa multidisciplinar, a relevância da organização do processo e a comunicação como ferramenta essencial no desempenho dos enfermeiros.

Este local de estágio permitiu-me, assim, perceber o processo em causa de uma forma abrangente, desde a gestão do cuidado, à colheita e posterior transplantação de órgãos e tecidos. Coaduna-se este trajeto com o que defende Benner (2001) acerca do caminho a percorrer rumo à perícia. Passar pelo GCCT permitiu-me também, enquanto enfermeiro, desenvolver e adquirir competências especializadas e uma prática baseada na evidência. De destacar ainda que a participação nas reuniões de trabalho realizadas pelos CCT, e a análise de casos, habilitou-me a ter uma perspetiva diferente da visão do cuidado à Pessoa em situação crítica, não só aquela a vivenciar processos complexos de doença aguda (como é o caso dos dadores) como aquela a vivenciar processos complexos de doença crónica e falência terminal de função de órgão (como é o caso dos recetores). Na perspetiva do recetor, a “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, Regulamento nº124/2011, p.8656), sendo o transplante de órgãos e tecidos a opção de excelência no tratamento da falência orgânica (Letonturier, 2004), e uma alternativa terapêutica no tratamento de diversas doenças, conduzindo a uma melhoria na qualidade e na perspetiva de vida (Borges, Silva, Guedes, & Caetano, 2012).

A oportunidade de receber um órgão ou tecido constitui, para o recetor, a expressão inequívoca de um processo transaccional – alguém que passa a viver com uma parte em si, que não é originalmente sua. A Teoria das Transições de Meleis permite ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão deste processo. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000).

Prosseguindo esta análise crítico-reflexiva e descritiva, importa destacar que a competência nos cuidados de enfermagem necessita de programas de educação bem planificados (Benner, 2001). Neste contexto, e neste GCCT, as funções do CCT são desempenhadas por enfermeiros, assumindo estes,

também, um papel fulcral no que toca ao apoio que dão aos Coordenadores de Doação Hospitalar na gestão do cuidado na comunicação de más notícias.

Comunicar más notícias depende não só da intuição e capacidades naturais, como também de treino e aquisição de *guidelines* de ajuda na condução da informação prestada. No contexto de morte de um doente crítico, pode não ser possível minorar o sofrimento da família, contudo existe o dever de não o piorar como, por exemplo, seguindo o protocolo SPIKES⁴ (Buckman, 1992).

Quanto à procura da excelência no exercício profissional, “o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 18). As metodologias de trabalho aplicadas devem, portanto, ser promotoras de cuidados de enfermagem de qualidade e contribuir para uma política de segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em situação crítica.

Neste sentido, ao longo do estágio sobre o qual aqui reflito, tive oportunidade de participar em reuniões do GCCT com o Gabinete de Gestão de Programas da Qualidade do hospital A e acompanhei os processos de criação ou revisão da documentação das práticas, visando não só dar resposta a processos de auditoria e acreditação sobre as mesmas, mas também garantir práticas seguras e de maior qualidade.

Esta experiência no âmbito da melhoria contínua da qualidade constituiu-se como um momento precioso na minha capacitação e desenvolvimento de competências neste domínio, conforme Regulamento n.º 140/2019 (OE,2019). Além disso, assumir esta visão sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo transversal também ao contexto profissional

⁴ SPIKES - protocolo de comunicação das más notícias de Buckman (1992) consiste em seis etapas: Etapa 1: **S**etting up the interview; Etapa 2: **P**erception; Etapa 3: **I**nvitation; Etapa 4: **K**nowledge; Etapa 5: **E**motions; Etapa 6: **S**trategy e **S**ummary

onde presto cuidados, foi altamente estruturante neste meu trajeto de crescimento acadêmico e profissional, rumo à especialização.

Ora, o conhecimento e a capacitação adquiridos permitiram-me dinamizar uma ação de formação (Apêndice 7) junto dos pares e demais profissionais de uma Unidade de Queimados, sobre as indicações para a utilização de membrana amniótica e suas vantagens clínicas, com vista a alcançar melhores resultados para os recetores, ou seja, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. Através desta formação, cumpri também um dos objetivos específicos deste estágio – “promover o desenvolvimento dos profissionais de saúde, visando a otimização da possibilidade de doação e da utilização de tecidos para transplantes”. Já após esta ação, desenvolvi um questionário que me permitiu aferir o interesse dos pares e a necessidade de formação sobre esta área nos diferentes profissionais (Apêndice 8).

Chegado ao fim deste estágio, e pelo explanado neste documento, considero ter atingido os objetivos que delinee para o mesmo. Contudo, para os ter alcançado, não posso deixar de notar a constante instigação sobre a necessidade da prática reflexiva por parte do orientador e professor pedagógico, incitamento que se assumiu como motivador e gratificante pelos resultados alcançados.

2.3. UCI – CENTRO DE REFERÊNCIA: ECMO

O terceiro campo de estágio decorreu numa UCI CR- ECMO. O Centro de Referência ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal) deste Hospital segue os critérios gerais e específicos estabelecidos na Portaria N.º 194/ 2014 e por Despacho N.º 15955-D/2016, de 22 de dezembro, do Ministro da Saúde e foi reconhecido oficialmente pelo ministério da saúde através do **Despacho n.º 6669/2017**, de 2 de agosto que “ ... *no seu programa para a saúde, estabelece como prioridades, melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde, através de um melhor planeamento dos recursos, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços*” (DR, 2017, p. 16960).

Esta unidade de cuidados intensivos está designada como Centro de Referência para *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) e *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* (eCPR). Os Centros de Referência são unidades reconhecidas por oferecer o mais alto nível de competências na prestação de cuidados de saúde de qualidade em situações que requerem recursos técnicos e tecnológicos altamente especializados, conhecimento e experiência (Decreto-Lei nº 52/2022).

O ECMO como parte integrante das técnicas Extracorporeal Life Support (ECLS) é uma técnica de resgate que consiste na utilização de equipamento capaz de fornecer suporte total ou parcial da função respiratória e/ou circulatória ao doente, em contexto de falência cardíaca e/ou pulmonar potencialmente reversível, perante o insucesso de todas as outras medidas de suporte orgânico artificial (Broman et al., 2019).

O CR - ECMO tem como objetivos gerais, entre outros: - Prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado, que sejam promotores da Segurança do doente e profissionais, cumprindo as Normas da Qualidade instituídas, no âmbito do modelo de governação clínica e - Promover a qualidade da formação pós-graduada dos seus profissionais, incentivando a investigação clínica, a aquisição de competências em áreas inovadoras e específicas que possam constituir uma mais-valia para o CR - ECMO, através de estágios em

hospitais/serviços de referência ou estabelecendo parcerias com outras instituições nacionais ou estrangeiras (SNS, 2024).

Como objetivos específicos, entre outros: - Garantir uma abordagem holística no tratamento dos doentes, que necessitam de ECMO, no sentido de se conseguir uma intervenção de excelência e uma prática clínica de acordo com o “estado da arte”; - Promover uma abordagem multidisciplinar e propor planos individualizados de tratamento e cuidados a todos os doentes que necessitem de ECMO;- Organizar equipas de profissionais estáveis, adequadas em número e qualidade técnica, e altamente motivadas e - Participar em estudos clínicos, de interesse para o desenvolvimento do CR-ECMO (SNS, 2024).

A UCI CR-ECMO tem capacidade para dezoito doentes, no entanto, considerando a atual escassez de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, e de acordo com as orientações para as dotações seguras de cuidados de enfermagem (OE, 2019) apenas 9 camas estão em utilização. A UCI em questão encontra-se organizada em boxes: três boxes com duas camas de nível III, uma box com seis camas de nível II, das quais apenas três são utilizadas e outra box com seis camas atualmente fechadas. O serviço conta ainda com uma sala de procedimentos, para a realização de técnicas de canulação em ECMO.

Nesta unidade existe, ainda, uma sala destinada à receção e prestação de cuidados diretos em contexto de eCPR. Esta sala é composta por equipamento destinado à ressuscitação cardiopulmonar, como por exemplo: carro de emergência dotado de monitor desfibrilhador, dispositivo mecânico de compressões mais conhecido por LUCAS®, ventilador, oxigenador também conhecido por *cardiohelp* (que numa situação de urgência e gravidade do doente, já tem o circuito montado e purgado), carro de apoio eCPR, ecógrafo, e todo o material necessário para a canulação e manutenção do circuito de ECMO.

A equipa que atua na supra citada sala é constituída, idealmente, por 6 elementos, altamente especializados em doentes em suporte de ECMO. Um médico e um enfermeiro que asseguram o SAV; 1 médico e 1 enfermeiro

destinados à canulação do doente (na maioria das vezes este enfermeiro é substituído por outro médico); 1 enfermeiro que tem como função a vigilância e otimização do circuito do oxigenador; e 1 último enfermeiro que assume a função de circulante e colabora com toda a equipa na gestão dos cuidados.

Os doentes admitidos neste serviço exigem cuidados intensivos e intermédios, e como tal o rácio enfermeiro-doente será:

- Doentes sob ECMO, rácio 1:1;
- Doentes em cuidados intensivos nível III, rácio 1:2;
- Doentes em cuidados intermédios nível II, rácio 1:3;

Preferencialmente, o gestor de equipa de enfermagem e o segundo elemento ficam responsáveis pela gestão de recursos humanos e materiais durante cada turno. Consoante os recursos humanos disponíveis o segundo elemento poderá ou não ter doentes atribuídos.

No primeiro dia de estágio, conheci a dinâmica funcional e organizacional do serviço. Percebi, que a realidade deste campo de estágio, pela sua especificidade, me traria um enorme desafio, na aquisição de competências. Seria essencial o conhecimento dos enfermeiros peritos neste serviço, para fazermos o melhor uso da sabedoria clínica obtida experiencialmente (Benner, 2005).

Nos restantes turnos realizados, tive a oportunidade de ficar com o Enfermeiro Orientador responsável pela gestão dos cuidados enquanto chefe de equipa, conseguindo ter uma visão geral de todos os doentes internados e sob os cuidados especializados em suporte de ECMO. Durante este período pude constatar a importância da supervisão dos pares, pois potencia a melhoria dos cuidados, proporcionando aos enfermeiros o desenvolvimento de competências e conhecimentos e consequentemente a melhoria da prática clínica (Alves & Pacheco, 2016).

É também, da responsabilidade dos enfermeiros gestores de equipa que, de uma forma geral, são enfermeiros especialistas, a distribuição diária dos restantes enfermeiros de acordo com a tipologia e especificidade dos doentes,

comprovado o que é defendido pela OE (2017,p.2) “compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional mais bem preparado e com competências para a área de gestão”, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, a distribuição dos profissionais está orientada para que se consiga assegurar a premissa que para os turnos da manhã, tarde e noite estão escalados dez enfermeiros que asseguram a prestação dos cuidados aos doentes e ainda que deem assistência à sala de eCPR, no caso de haver algum doente que dê entrada no serviço com estes critérios.

No decorrer do estágio, surgiu uma situação que passo a descrever, que me levou a consultar alguns documentos ético-legais e conteúdos lecionados nas UC de Ética e Direito em Saúde. Um dos doentes tinha indicação clínica de não incremento de mais medidas invasivas e, seria nesse mesmo dia realizada reunião multidisciplinar, com a equipa de cuidados paliativos, médico, enfermeiro e família sobre a situação clínica do doente. Esta reunião foi realizada numa sala na uci-ecmo, que está preparada para receber os familiares dos doentes desta unidade, com toda a privacidade e algumas comodidades: sofá confortável, mesa e cadeiras, bem como poder ser disponibilizada água, caso ser necessária. A OE corrobora a importância do cuidado à família, no perfil de competências de enfermeiro especialista “assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Regulamento 429/2018, p. 19360), bem como no artigo 89º do estatuto da OE- Da humanização dos cuidados, expresso no Decreto Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família...” e “b) contribuir para criar o ambiente propício...”.

Ao vivenciar este momento, pude comprovar que é através da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e o doente/família que a informação transmitida, não é só uma atitude ética, como deve ser baseada na confiança, respeito, por forma a que esta transição seja saudável para os intervenientes. À luz do que diz Freitas (2017, p.40) a comunicação com a família “é também um ponto a refletir e a considerar na abordagem ao doente

crítico, atendendo a que estas situações acarretam habitualmente instabilidade emocional, afetiva, fragilidade, impotência, insegurança e incerteza não podendo esta ficar de fora, mas antes, sempre que possível e pertinente, ser integrada neste processo de comunicação”.

Outra situação alvo da minha análise, foi de um doente de 47 anos com Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), que segundo a *European Lung Foundation*, é uma doença pulmonar de longo prazo (crónica). A FPI faz parte de um conjunto de doenças que causam a cicatrização do tecido pulmonar (este processo denomina-se fibrose). As doenças que causam a cicatrização do tecido pulmonar denominam-se doenças pulmonares intersticiais (DPI). Embora as causas destas doenças sejam desconhecidas, segundo a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2020) a predisposição genética, a senescência e as agressões de fatores externos no epitélio alveolar, podem ser possíveis causas que induzem a FPI.

Este doente, devido a agravamento da dispneia, tosse, dor torácica e descida súbita da pressão parcial de oxigénio no sangue (PaO₂), foi ventilado em alto fluxo, sem melhoria na PaO₂, por este motivo, foi contactado o serviço de CR-ECMO e submetido a resgate em ECMO VV (para substituir a função pulmonar).

Embora, em primeira linha os doentes em suporte de ECMO estejam sedados, analgésicos e com suporte ventilatório invasivo, o desmame da sedação e ventilação precoce neste tipo de doentes não só permite uma avaliação mais fidedigna do estado neurológico (Ellouze et al., 2020), como faz com que o nível de comorbilidades associadas a esta situação crítica sejam atenuadas, uma vez que a membrana do oxigenador altera as propriedades farmacológicas de alguns medicamentos usados como sedativos (Sieg et al., 2019) e o restabelecimento da atividade física vai diminuir o risco de atrofia muscular (Kim et al., 2020).

Durante oito dias de internamento, o doente esteve sob desmame de sedação, e ao oitavo dia foi realizado o primeiro levante para cadeirão com todos os cuidados para manter a segurança do doente uma vez que apresenta duas cânulas de grande calibre que não devem ser, nem exteriorizadas, nem

interiorizadas com as mobilizações. A complexidade inerente ao cuidado da pessoa em situação crítica, requer a manipulação de diversos equipamentos e a sua incorreta utilização e manutenção podem colocar em causa a vida do doente, por isso importa que o enfermeiro especialista supervisione e coordene o trabalho de equipa, uma vez que "... atividades de risco podem envolver a possibilidade de ocorrências incertas e indesejáveis..." (Fragata, 2011, p.9).

Esta intervenção, na qual participei, foi talvez o episódio mais impressionante neste estágio. Estava perante um doente que, estava consciente e orientado, completamente dependente de um oxigenador extracorporeal que comportava uma média de 3L de sangue extracorporeal para sobreviver, e que agora estava a fazer levante, a pedido do mesmo. Apesar dos riscos que esta intervenção comporta, dada a condição clínica do doente, sabíamos que ia proporcionar para este e para a família que o visitava nesse dia, um momento de felicidade, e à luz do que nos diz Benner (2001), embora o enfermeiro interiorize que não pode fazer nada para prolongar a vida de um doente, mas que pode melhorar a sua qualidade de vida, com enfoque para a valorização do conforto e a humanização dos cuidados.

Quanto à presença das cânulas, estas são de grande calibre e aquando das mobilizações devido ao diferencial de pressões, há necessidade de vigiar o local de inserção pelo risco de hemorragia. Foi possível, mobilizar também os meus conhecimentos no que importa à realização de pensos, de acordo com os feixes de intervenção para o controle de infeção e colocar um penso transparente, para que à observação sem manipular o dispositivo, seja possível avaliar não só, prováveis sinais de infeção como também hemorragias. As infeções relacionadas com CVC "são eventos potencialmente evitáveis, tendo a implementação de feixes de intervenção para a sua prevenção, um efeito provado na diminuição da sua prevalência" (DGS, 2015, p.11). Por estas intervenções realizadas pude desenvolver competências específicas de acordo com o Regulamento nº429/2018 da OE.

Na sala do lado, estava um doente transplantado pulmonar, que por uma infeção vírica pós transplante, estava novamente em ECMO por falência respiratória. Estes doentes pós transplante são iatrogenicamente imunodeprimidos para evitar a rejeição do órgão transplantado, e "à medida

que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasiva, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção” (OE, 2017, p.16). Cabe ao enfermeiro, promover e cooperar na adesão às práticas de prevenção e controlo de infeção para obtenção de ganhos em saúde e reduzir a taxa de mortalidade relacionada com as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). As IACS são definidas como “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados ...” (DGS, 2007, p.4).

Durante este estágio não houve necessidade de implementar o plano de catástrofe existente neste hospital, uma vez que não existiu nenhuma situação de catástrofe, emergência com multivítimas, ou alguma situação excepcional que requeresse a ativação deste plano neste serviço. Em todo o caso, pude constatar, na intranet o plano e a sua operacionalização neste serviço, uma vez que o enfermeiro especialista deve “gerir e planear a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da suas eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p.19363).

Em suma, importa referir que durante este estágio alcancei os objetivos a que me propus.

CONCLUSÃO

Este percurso acadêmico, que agora termino, focou-se no desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, coadjuvado com a análise crítico-reflexiva sobre o meu desempenho, e trajeto, e no desenvolvimento de competências de mestre, competências essas que considero ter alcançado, de forma a poder ser-me atribuído o título de especialista e mestre.

Para estes estágios, foram traçados objetivos e delineadas atividades para a sua consecução, tendo presente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica e as competências do Curso de Mestrado em Enfermagem a desenvolver. Nessa envolvência, considero ter atingido os objetivos a que me propus uma vez que, ao longo do percurso acadêmico, fundamentei as intervenções e tomada de decisão, supor-tei-me na experiência pessoal e conhecimento já adquirido, na legislação em vigor e na mais atual evidência científica.

Este trabalho contempla também, o relato dos estágios efetuados, os conhecimentos adquiridos e a reflexão crítica das experiências vividas com a pessoa em situação crítica e família, nos contextos de aprendizagem, ancorada na Teoria das Transições de Afaf Meleis e na evidência científica obtida com a revisão *scoping*, que partilhei em contexto de estágio, em apresentação pública num seminário, publicação em e-book, e a sua futura publicação em revistas científicas, poderão ser contributos para futuros trabalhos que se venham a desenvolver em torno desta temática.

O serviço de urgência permitiu-me desenvolver competências na abordagem à pessoa em situação crítica e família a viver processos complexos de doença. Neste estágio pude partilhar e desenvolver novos conhecimentos na abordagem ao doente grande queimado, e contribuir na melhoria da qualidade dos cuidados, de forma a garantir a segurança do doente. Neste contexto de estágio tive uma intervenção, reconhecido pelos pares na dinamização da ação de formação na área da doação de órgãos e tecidos,

ajudando a criar um ambiente positivo e favorável à prática e contribuindo para a motivação da equipa a conseguir um desempenho diferenciado nesta área.

Já no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, foi possível interiorizar a necessidade de desenvolver competências científicas, éticas e legais, bem definidas, no exercício das minhas funções enquanto enfermeiro. De igual modo, estando subjacente à doação e a colheita de órgãos e tecidos, o falecimento da pessoa, tomei consciência do dever fundamental de aliviar o sofrimento humano e percebi como é importante, para isso, a colaboração de toda a equipa multidisciplinar.

No estágio no Centro de Referência ECMO, pude participar ativamente nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica dependente de suporte ECMO e a sua família a viver processos complexos de doença, favorecendo assim transições situacionais saudáveis. Também pude, adquirir e desenvolver competências na área de gestão e supervisão de cuidados à pessoa em situação crítica e família dependente de suporte de ECMO, no que diz respeito à responsabilidade do enfermeiro especialista e chefe de turno, na alocação dos enfermeiros por níveis de competência e na formação dos pares com o uso da sua experiência e perícia nos cuidados de enfermagem a estes doentes.

Em todos os locais de estágio, tive presente na gestão dos cuidados, não só o código deontológico e o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), mas também os princípios éticos e da bioética, tais como a beneficência, a não maleficência, a equidade e a justiça.

Desenvolvidas as competências nesta área ao longo dos três locais de estágio, e combinando os conhecimentos adquiridos no âmbito académico com aqueles que tenho vindo a consolidar ao longo dos últimos cinco anos de trabalho numa unidade de queimados, surgiu o convite para participar, como orador, na primeira edição das Jornadas “Colheita e aplicação de células e tecidos de origem humana no CHULC”, intervindo no painel “O doente queimado: aplicação de homoenxertos, pele criopreservada e membrana amniótica”.

Por fim, a redação deste relatório permitiu-me refletir sobre todas as vivências, de forma a ligar a teoria à prática, à luz do que diz Benner (2001,

p.32), no sentido de que o conhecimento e perícia, consistem em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), uma vez que *“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”* (Benner,2001, p.61). Tendo em conta o modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem por Benner, e com o espelhado neste relatório, posso aferir que atingi o reconhecimento pelos pares/orientadores e o nível de perito necessários, para me tornar mestre e especialista em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Formasau.

Alves, C., & Pacheco, A. (2016). A Informação como Suporte à Supervisão Pares em Enfermagem. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*, 2, 41–51.

Amthauer, C., & Cunha, M. L. C. da. (2016). Sistema de Triagem de Manchester: Principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2779.

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa) (Quarteto E). ISBN: 972-8535-97-X

Benner, P. (2005). De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa) (Quarteto E).página 19.

Bezinover, D., & Saner, F. (2019). Organ transplantation in the modern era. *BMC Anesthesiol*, 19 (32), 1-4.

Borges, M. C. L. A., Silva, L. M. S. da, Guedes, M. V. C., & Caetano, J. Á. (2012). Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 16(4), 754–760. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400016>

Broman, L. M., Taccone, F. S., Lorusso, R., Malfertheiner, M. V., Pappalardo, F., Di Nardo, M., Belliato, M., Bembea, M. M., Barbaro, R. P., Diaz, R., Grazioli, L., Pellegrino, V., Mendonca, M. H., Brodie, D., Fan, E., Bartlett, R. H., McMullan, M. M., & Conrad, S. A. (2019). The ELSO Maastricht Treaty for ECLS Nomenclature: Abbreviations for cannulation configuration in extracorporeal life support - a position paper of the Extracorporeal Life Support

Organization. *Critical Care (London, England)*, 23(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2334-8>

Buckman, R., Baile, W., Lenzi, R., Gliber, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2000). SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 302–311. DGS. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referência Interna Imediata. Norma No 002/2018 de 09/01/2018, 1–23. www.dgs.pt

Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., Butcher, H. K. & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) (6ª ed.)*. St. Louis: Elsevier.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC) - E-Book: Nursing Interventions Classification (NIC) - E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Colvara Mattana, A. M., Marra, A. R., De Oliveira Machado, A. M., Lopes Filho, G. D. J., Salzedas Netto, A. A., & Gonzalez, A. M. (2011). Evaluation of the presence of microorganisms in solid-organ preservation solution. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 15(6), 528–532. [https://doi.org/10.1016/S1413-8670\(11\)70246-X](https://doi.org/10.1016/S1413-8670(11)70246-X)

Curtis, R. M. K., Manara, A. R., Madden, S., Brown, C., Duncalf, S., Harvey, D., Tridente, A., & Gardiner, D. (2021). Validation of the factors influencing family consent for organ donation in the UK. *Anaesthesia*, 76(12), 1625–1634. <https://doi.org/10.1111/anae.15485>

de Souza, M. F., Caxias Bento, J., & Santana Milagres, C. (2019). Percepções do enfermeiro intensivista frente à morte encefálica e à doação de órgãos. *Enfermagem Brasil*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i1.1960>

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

Decreto de lei no 52/22. (2022). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Deniz, İ., & Ayhan, H. (sem data). The effectiveness of video training in improving intensive care nurses' knowledge about brain death identification. *Nursing in Critical Care*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/nicc.12863>

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

Despacho nº13571/2014 de 4 de Dezembro. Diário da República nº235/2014, 2.^a série. Ministério da Saúde. <https://dre.pt/home//dre/61334548/details/maximized?serie=II&parte=33&dreId=60955840>

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

Despacho n.o 6669/2017. (2017, p. 16960). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6669-2017-107794486>

Direção Geral de Saúde, (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa

Direção Geral de Saúde, (2015). Norma Clínica 022/2015. “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central.

Direção-Geral da Saúde, (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral de Saúde, (2017). “Comunicação Eficaz na Transição dos Cuidados de Saúde”. Lisboa

Dong, H., Lin, L., Xu, X., He, X., Yang, Q., Zhang, J., Lei, L., Luo, Y., Deng, J., Yi, D., & Luo, Y. (2020). Qualitative Analysis of Factors That Hinder Intensive Care Unit Nurses in Western China From Encouraging Patients to Donate

Organs. *Transplantation Proceedings*, 52(1), 20–25.
<https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.10.017>

Dopson, S., & Long-Sutehall, T. (2019). Exploring nurses' knowledge, attitudes and feelings towards organ and tissue donation after circulatory death within the paediatric intensive care setting in the United Kingdom: A qualitative content analysis study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 54, 71–78.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.07.004>

Ellouze O, Lamirel J, Perrot J, et al. (2019) Extubation of patients undergoing extracorporeal life support. A retrospective study. *Perfusion*. 34(1):50-57

EMERGENCY NURSE ASSOCIATION (2004). Role of the emergency nurse in tissue and organ donation. Obtido em 10 de agosto 2023, de <http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/OrganDonation.pdf>

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2018). Newsletter Transplant: International figures on donation and transplantation 2017. *Newsletter Transplant* 2018, 23, 1–86. Disponível em: <https://bit.ly/2WXYy7S>

Fernández-Alonso, V., Palacios-Ceña, D., Silva-Martín, C., & García-Pozo, A. (2021). Deceased donor care provided by the nurse transplant coordinator: A qualitative research study among Spanish nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 27(3), e12905. <https://doi.org/10.1111/ijn.12905>

Fonseca, E., Fernandes, F., Lira, G., Marinho, C., Moura, K., & Melo, R. (2021). Percepção de enfermeiros sobre os cuidados aos potenciais doadores de órgãos. *Enferm Bras*, 20(1), 68-81.

FRAGATA, J. (2011). *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.

Fleury, T., Fleury, A. (2001). *Construindo o Conceito de Competência*. RAC, Edição Especial. P.183-196

FREITAS, Cecília – A Humanização dos Cuidados como Caminho para a Excelência da Prática de Enfermagem. Relatório de Estágio, 2017. Universidade Católica Portuguesa.

Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 549–556. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>

Gibbs, G. (1992). Independent learning with more students. Developing teaching: Teaching more students. Oxford: Oxonian Rewley Press, p.49.

Gripewall, E., Birgitta, K., Birgitta, K., Fagerstrom, L., Mattsson, J., Widarsson, M., & Nyholm, L. (2022). Intensive Care Nurses' Experiences of Caring during the Organ Donor Process in Sweden – a Qualitative Study. *International Journal of Caring Sciences May*, 15(2), 721.

Green, B., Goon, D. T., Mtise, T., & Oladimeji, O. (2023). A Cross-Sectional Study of Professional Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Organ Donation in Critical Care Units of Public and Private Hospitals in the Eastern Cape, South Africa. *Nursing Reports*, 13(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010024>

González-Méndez, M. I., & López-Rodríguez, L. (2019). La donación de órganos en asistolia controlada tipo iii de Maastricht: Implicaciones éticas y cuidados al final de la vida. *Enfermería Clínica*, 29(1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.009>

Holanda, F. L. de, Marra, C. C., & Cunha, I. C. K. O. (2014). Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27, 373–379. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400062>

Instituto Português do Sangue e Transplantação (2018). Doação e Transplantação de Órgãos - Atividade Nacional 2012-2017. Lisboa: Coordenação Nacional da Transplantação. Obtido de

http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Colheita_e_Transplantação_2017_22janeiro.pdf.

IPST (2022). Doação e Transplantação de Órgãos Atividade Nacional. [https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados Anuais Atividade Doacao Transplantação2021.pdf](https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados_Anuais_Atividade_Doacao_Transplantação2021.pdf)

Kalli, A., Lamnisis, D., & Andrea-Apostolidou, S. (2020). Cross-Sectional Study on Nurses' Attitudes toward Organ Donation: A Comparison of Two Hospitals from Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 847–857.

Karaman, A., & Akyolcu, N. (2019). Role of intensive care nurses on guiding patients' families/relatives to organ donation: *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.4.1285>

Kim NE, Woo A, Kim SY, Leem AY, Park Y, Kwak SH, et al. Long and shortterm clinical impact of awake extracorporeal membrane oxygenation as bridging therapy for lung transplantation. *Respir Res* 2021; 22:306.

Kupiec-Weglinski, J. W. (2022). Grand Challenges in Organ Transplantation. *Frontiers in Transplantation*, 1. <https://doi.org/10.3389/frtra.2022.897679>

Letonturier, P. (2004). *Imunologia Geral: Guia Prático de Medicina (1a Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

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

Martin-Loeches, I., Sandiumenge, A., Charpentier, J., Kellum, J. A., Gaffney, A. M., Procaccio, F., & Westphal, G. A. (2019). Management of donation after brain death (DBD) in the ICU: The potential donor is identified, what's next? *Intensive Care Medicine*, 45(3), 322–330. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05574-5>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company

Meleis, A. I. (2012). *THEORETICAL NURSING Development and Progress (Fifth Edit)*. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/leader.FTR3.14062009.20>

Michaut, C., Baumann, A., Gregoire, H., Laviale, C., Audibert, G., & Ducrocq, X. (2019). An assessment of advance relatives approach for brain death organ donation. *Nursing Ethics*, 26(2), 553–563. <https://doi.org/10.1177/0969733017708331>

Oluyombo, R., Fawale, M., Ojewola, R., Busari, O., Ogunmola, O., & Olanrewaju, T. (2016). Knowledge regarding organ donation and willingness to donate among health workers in South-West Nigeria. *IJOTM*. 7(1):19-26.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento concetual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.o 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República*, 2.a Série, N.o 135, 19359–19364.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.o 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. In *Diário da República*, 2.a série: Vol. N.o 135. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019. s.l., Lisboa, Portugal : *Diário da República* 2.º série, 6 de fevereiro de 2019. 26, pp. p. 4744 – 4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128 - 155.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Methodology for JBI scoping reviews. In *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. (pp. 1–24). Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. Vol. 10, p. 27-39

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

Prins, L., & Human, L. (2019). Early identification and referral of organ donors in five private hospitals: A survey to determine the knowledge and views of critical care professional nurses pre and post a PowerPoint training intervention. *Southern African Journal of Critical Care*, 35(2), Artigo 2.

Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 35/2011, Série II, pg. 8656-8657.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, páginas 4744 – 4750. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pd>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sieg A, Pandya K, Winstead R, Evans, R (2019) Overview os Pharmacological Considerations in Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Critical Care Nurse* (Vol 39, No.2).

SNS. (2023). SU CHULC São José. <http://www.chlc.min-saude.pt/urgencias/>

SNS. (2023). GCCT CHULC São José. <https://www.chlc.min-saude.pt/estrutura-clinica/gabinete-coordenador-de-colheita-e-transplantaao-gcct/>

SNS. (2024). CR-ECMO ULS São José. <https://www.chlc.min-saude.pt/centros-de-referencia/centro-de-referencia-ecmo/>

Souza, M., Bento, J., & Milagres, C. (2019). Perception of the intensive care nurse facing encephalic death and organ donation. *Enferm Bras* 18(1):12-23

Sorensen, S. J., Sofronas, M., Hudson, H., & Wright, D. K. (2021). Supporting ethical ICU nursing practice in organ donation: An analysis of personhood. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 32(1), 18–26. <https://doi.org/10.5737/23688653-3211826>

Tamburri, L. M. (2006). The Role of Critical Care Nurses in the Organ Donation Breakthrough Collaborative. *Critical Care Nurse*, 26(2), 20–23. <https://doi.org/10.4037/ccn2006.26.2.20>

Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.*, 169(7), 467-473.

Universidade Católica Portuguesa: Guia de elaboração de trabalhos académicos 2015.

Urquhart, R., Kureshi, N., Dirk, J., Weiss, M., & Beed, S. (2023). Nurse knowledge and attitudes towards organ donation and deemed consent: The Human Organ and Tissue Donation Act in Nova Scotia. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie*, 70(2), 245–252. <https://doi.org/10.1007/s12630-022-02372-4>

Victorino, J. P., Mendes, K. D. S., Westin, Ú. M., Magro, J. T. J., Corsi, C. A. C., & Ventura, C. A. A. (2019). Perspectives toward brain death diagnosis and management of the potential organ donor. *Nursing Ethics*, 26(6), 1886–1896. <https://doi.org/10.1177/0969733018791335>

Wood E. New AORN recommendations focus on infection prevention, patient safety. *OR Manager*. 2013 Jun;29(6):20-3. PMID: 23821928.

Yekefallah, L., Dehghankar, L., Taherkhani, M., & Ranjbaran, M. (2020). The role of Altruism and Empathy in anticipating the Attitude toward Organ Donation among Nurses in Intensive Care Units of Qazvin: A Cross-Sectional Study. *Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs*, 21(4), 155–162. <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2019-4-155-163>

Apêndices

Apêndice 1: Estratégia de pesquisa *scoping review*

	Livres/Naturais	MeSH	CINAHL
Conceito 1	nurs* OR "Nursing Intervention**"	Nursing	"Nursing Interventions"
Conceito 2	donor* OR "Organ Don**" OR "Tissue Don**" OR "Transplant Donor**"	"Tissue Donors"	"Organ Donation" OR "Transplant Donors"
Conceito 3	"Intensive Care Units" OR "ICU"	"Intensive Care Units"	"Intensive Care Units"

PubMed (Agosto 2023)

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	(nurs*[Title/Abstract] OR "Nursing Intervention**"[Title/Abstract]) OR (Nursing[MeSH Terms])	659 855
S2	(donor*[Title/Abstract] OR "Organ Don**"[Title/Abstract] OR "Tissue Don**"[Title/Abstract] OR "Transplant Donor**"[Title/Abstract]) OR ("Tissue Donors"[MeSH Terms])	382 255
S3	("Intensive Care Units"[Title/Abstract] OR "ICU"[Title/Abstract]) OR ("Intensive Care Units"[MeSH Terms])	169 416
S4	((nurs*[Title/Abstract] OR "Nursing Intervention**"[Title/Abstract]) OR (Nursing[MeSH Terms])) AND ((donor*[Title/Abstract] OR "Organ Don**"[Title/Abstract] OR "Tissue Don**"[Title/Abstract] OR "Transplant Donor**"[Title/Abstract]) OR ("Tissue Donors"[MeSH Terms])) AND (("Intensive Care Units"[Title/Abstract] OR "ICU"[Title/Abstract]) OR ("Intensive Care Units"[MeSH Terms]))	191
	Filters applied: in the last 5 years	48

CINAHL via EBSCO Host (Agosto 2023)

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	TI (nurs* OR "Nursing Intervention*") OR AB (nurs* OR "Nursing Intervention*") OR MH "Nursing Interventions"	621 142
S2	TI (donor* OR "Organ Don*" OR "Tissue Don*" OR "Transplant Donor*") OR AB (donor* OR "Organ Don*" OR "Tissue Don*" OR "Transplant Donor*") OR MH ("Organ Donation" OR "Transplant Donors")	36 685
S3	TI ("Intensive Care Units" OR "ICU") OR AB ("Intensive Care Units" OR "ICU") OR MH "Intensive Care Units"	70 886
S4 (S1 AND S2 AND S3)	((TI (nurs* OR "Nursing Intervention*")) OR (AB (nurs* OR "Nursing Intervention*")) OR (MH "Nursing Interventions")) AND ((TI (donor* OR "Organ Don*" OR "Tissue Don*" OR "Transplant Donor*")) OR (AB (donor* OR "Organ Don*" OR "Tissue Don*" OR "Transplant Donor*")) OR (MH ("Organ Donation" OR "Transplant Donors"))) AND ((TI ("Intensive Care Units" OR "ICU")) OR (AB ("Intensive Care Units" OR "ICU")) OR (MH "Intensive Care Units"))	129
	Limitadores - Data de Publicação: 20190101-20231231	34

Scopus (Agosto 2023)

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	(TITLE-ABS-KEY (nurs* OR "Nursing Intervention*") AND TITLE-ABS-KEY (donor* OR "Organ Don*" OR "Tissue Don*" OR "Transplant Donor*") AND TITLE-ABS-KEY ("Intensive Care Units" OR "ICU"))	356
S2	(TITLE-ABS-KEY (nurs* OR "Nursing Intervention*") AND TITLE-ABS-KEY (donor* OR "Organ Don*" OR "Tissue Don*" OR "Transplant Donor*") AND TITLE-ABS-KEY ("Intensive Care Units" OR "ICU")) AND PUBYEAR > 2018	92

Apêndice 2: Fluxograma PRISMA

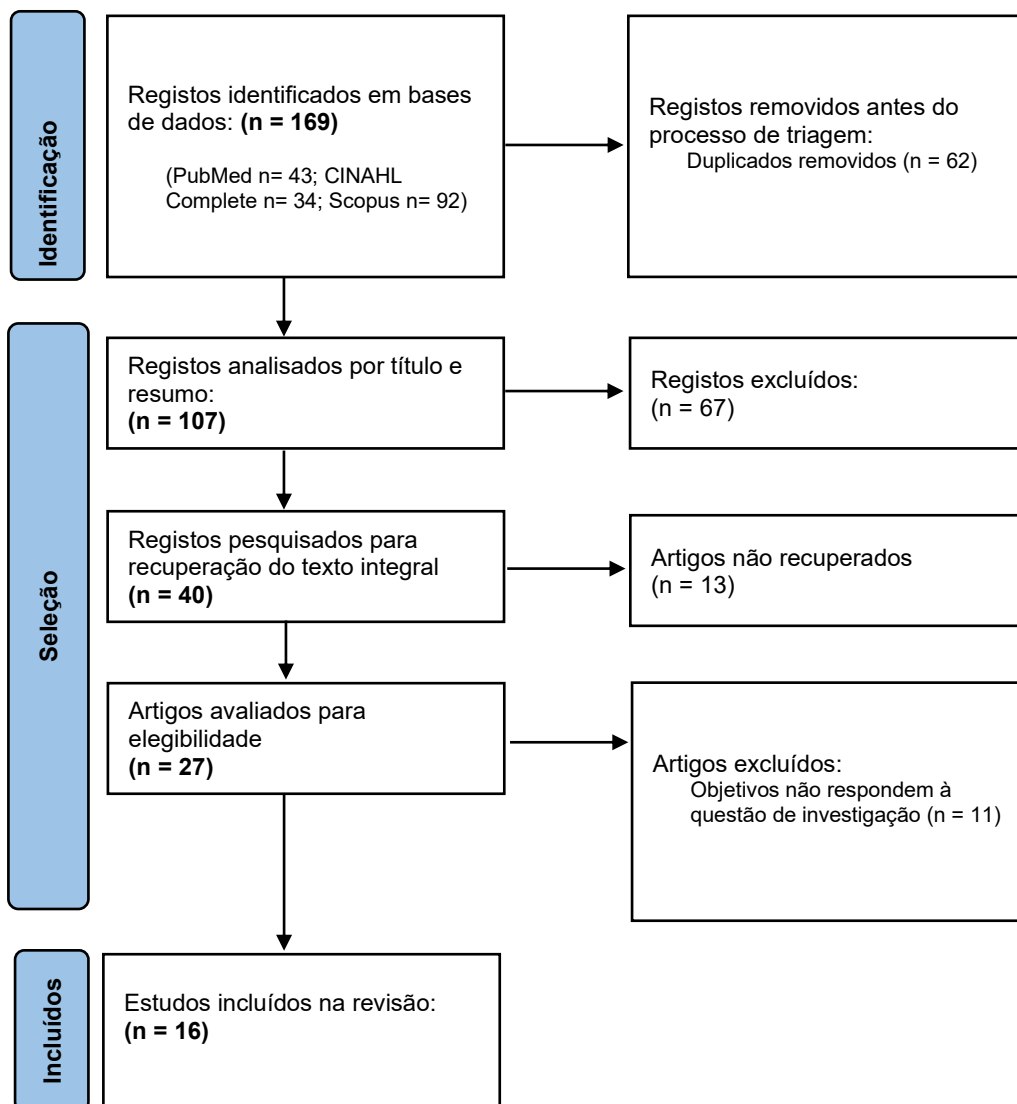


Figura 1: Fluxograma PRISMA

Apêndice 3: Resultados da pesquisa *scoping review* (Tabela 1)

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[1] Curtis et al . (2021)	Reino Unido	Compreender melhor a interação entre os fatores que influenciam o consentimento para a Doação de órgãos.	<p>Abordagens familiares (16.896) dos potenciais doadores (< 80 em UCI's e Departamento de Emergência em Hospitais do Reino Unido), também realizada pela NHS Blood & Transplant, entre 1 de abril de 2014 e 31 de março de 2019, dos quais foram obtidos dados completos em 15.465.</p> <p>Realizou-se o Teste qui-quadrado (visando comparar a mudança e determinar a significância de cada variável categórica).</p> <p>Através do método Stepwise (para a regressão logística de seleção de variáveis), em conjunto com o teste de razão de verossimilhança.</p>	<p>Verificou-se um aumento na taxa de consentimento para doação de órgãos no Reino Unido de 61% para 67%, embora continue a ser inferior à de muitos países europeus.</p> <p>O consentimento para doação após morte encefálica foi significativamente maior do que para doação após morte circulatória, 70% (4260/6060) vs. 60% (5645/9405), (Odds Ratio OR 1,58 e Intervalo de Confiança IC de 95% 1,47 – 1,69).</p> <p>O fator mais facilmente modificável foi o envolvimento de uma enfermeira especialista em doação de órgãos durante a abordagem familiar.</p> <p>A etnia do paciente, as crenças religiosas, o sexo e o status socioeconómico e o conhecimento da decisão de doação do paciente foram fortemente associados ao consentimento ($p < 0,001$).</p>	Os fatores associados devem ser abordados através do recurso a estratégias que visem aumentar as intervenções comunitárias, promovendo discussões familiares sobre decisões de doação e aumentando o registo de doadores de órgãos devido à taxa de doação no Reino Unido ser inferior, comparativamente a outros países da Europa. Outros fatores modificáveis que demonstraram melhorar as taxas de consentimento incluíram nº limitado de visitas (menos de 6) durante a abordagem formal; o tempo desde a admissão na UCI até à abordagem (menos após doação após morte cerebral, mais para doação após morte cardíaca); exames neurológicos não presenciados pela família) e a relação dos familiares com o doente.

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[2] De Souza et al. (2019)	Brasil	Verificar a percepção dos enfermeiros intensivistas sobre morte encefálica e da doação de órgãos.	<p>Participantes: Enfermeiros intensivistas que atuam neste sector de Unidade de Cuidados Intensivos de adultos.</p> <p>Realizou-se uma pesquisa qualitativa convergente assistencial, realizada num hospital público no interior do Estado de São Paulo.</p> <p>Com entrevista com questões norteadoras discursivas, amostragem não-probabilística (entrevistados eleitos de forma não-aleatória).</p>	<p>Da análise das transcrições das entrevistas obtidas surgiram três temas:</p> <p>(a) percepção dos enfermeiros para lidar com a morte;</p> <p>(b) preparação do enfermeiro intensivistas sobre a morte e seus critérios de definição e;</p> <p>(c) efetividade do processo de doação de órgãos para transplante.</p>	<p>O presente estudo proporcionou a percepção do enfermeiro intensivista perante o diagnóstico de morte encefálica e do processo de doação de órgãos mediante a prática de diversas intervenções específicas, tais como, a realização de uma assistência de qualidade ao indivíduo em ME, reconhecimento dos critérios de ME, prestação de cuidados post-mortem e, por fim abordagem dos familiares de forma empática e humana, assim como orientá-los, sobre a doação de órgãos possibilitando o êxito de um futuro transplante.</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[3] Deniz & Ayan (2022)	Turquia	<p>Comparar a eficácia do ensino teórico e educação assistida por vídeo para preparar enfermeiros de UCI para reconhecer a morte encefálica.</p> <p>Estudo experimental prospetivo randomizado, de fevereiro a maio de 2020.</p>	<p>Participantes: 50 enfermeiros intensivistas, grupos divididos em 25 no vídeo e grupo de treino assistido e 25 no grupo de treino teórico, randomizados com o método de envelope lacrado;</p> <p>Através de um teste de conhecimento dos critérios de morte encefálica realizou-se um formulário composto por 10 questões, utilizando uma escala do tipo Likert de cinco pontos, de “Muito mau (2)” a “Muito bom (10)”, pontuação total de 20–100.</p>	<p>As escalas de conhecimento de ambos os grupos imediatamente depois do treino de 3 meses foram maiores do que antes ($p < 0,001$). Contudo as pontuações de conhecimento pós-treino do grupo de videoassistido foram significativamente maiores do que as do grupo de treino teórico ($p = 0,011$).</p>	<p>Quer a formação teórica, como a gravada e facultada aos enfermeiros intensivistas para identificação de morte encefálica ampliou o conhecimento do enfermeiro. Constatou-se que foi realizado treino assistido por vídeo, simulando uma situação real para identificar critérios de morte encefálica e comprovou esse efeito. A monitorização do paciente em terapia intensiva pode orientar o processo de deteção precoce de morte encefálica. Concluiu-se que o treino assistido por vídeo é recomendado, como necessidade de formação em serviço para atribuir aos enfermeiros a capacidade de identificar precocemente a morte encefálica, sendo recomendado repetir o treino em intervalos regulares (por exemplo, a cada 3 meses) para melhorar esta intervenção.</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[4] Dopson & Long-Sutehall (2019)	Reino Unido Inglaterra	Explorar o conhecimento, as atitudes e os sentimentos dos enfermeiros em relação à doação após morte circulatória, identificando estes domínios como barreiras /facilitadores para os enfermeiros desempenharem efetivamente o seu papel, no processo de doação após morte circulatória.	<p>Participantes: Enfermeiras de uma Unidade de terapia Intensiva pediátrica (UTIP) de cardiologia de um hospital pediátrico terciário, com idades compreendidas entre os 21 e os 44 anos.</p> <p>Realizadas entrevistas semiestruturadas, desenvolvidas a partir da literatura e da opinião de especialistas que determinaram a obtenção de três domínios: conhecimento, sentimentos e atitudes frente ao processo de doação por morte circulatória (presenciais ou telefónicas) facilitadas por uma vinheta clínica. A análise qualitativa de conteúdo foi realizada adotando lentes indutivas e dedutivas.</p>	A análise deu origem a onze temas, categorizados de acordo com os domínios dedutivos pré-definidos de: conhecimentos, atitudes e sentimentos das enfermeiras, identificadas como barreiras e facilitadores ao processo de doação. As barreiras incluíram: défice de conhecimento tanto de processos como de recursos; pressupostos sobre as opiniões dos pais e a relutância em facilitar discussões sensíveis, os facilitadores incluíram atitudes positivas em relação à doação, alinhadas com um forte <i>ethos</i> profissional e valores centrados na família.	Foram identificadas barreiras à doação após o processo de morte circulatória, incluindo o sentimento de despreparo dos enfermeiros para o seu papel, ansiedade quanto à abordagem familiar e aos métodos de comunicação e apoio. Destaca-se a necessidade de intervenções educativas específicas, recursos apropriados e desenvolvimento de políticas centradas na pediatria para orientar a prática. Os facilitadores da doação incluem discussões familiares oportunas, sensíveis e apropriadas, relações de confiança entre enfermeiros e familiares e maior conscientização pública.

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[5] Donga et al. (2020)	China	Analisar os fatores que impedem os enfermeiros de Cuidados Intensivos no Oeste da China, a sensibilizar os doentes/famílias à doação de órgãos.	<p>Participantes:18 Enfermeiros de UCI de 4 hospitais, na cidade de Chongqing-China, com acreditação para Doação e Transplantação de Órgãos.</p> <p>Realizou-se por método de amostragem intencional: Entrevista semiestruturada e método de pesquisa e análise de dados: Fenomenologia</p>	<p>Estudo realizado entre agosto e novembro de 2017, após análise demonstrou 4 temas que influenciam negativamente o processo de doação:</p> <p>(a) limitação do papel profissional do enfermeiro;</p> <p>(b) influência das emoções negativas da família;</p> <p>(c) falta de treino;</p> <p>(d) relação com a doação de órgãos em instituições médicas e impacto de uma atitude social conservadora.</p>	<p>As instituições médicas e de saúde chinesas precisam atribuir importância aos deveres e papéis dos enfermeiros da UTI no trabalho de doação de órgãos, à criação de uma cultura de boa morte, à implementação de treino para enfermeiros especialistas em doação de órgãos e ao fortalecimento dos esforços de defesa da doação de órgãos, para que a relutância dos enfermeiros da UTI em envolverem-se na coordenação da doação de órgãos na China possa ser mitigada e os enfermeiros possam participar melhor na promoção da doação de órgãos a potenciais doadores.</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[6] Fernandez-Alonso et al. (2020)	Espanha	<p>Descrever a experiência dos cuidados de enfermagem prestados ao potencial dador de órgãos (pela enfermeira coordenadora de transplantes)</p> <p>Estudo exploratório qualitativo, utilizando um paradigma interpretativista (Creswell & Poth, 2018), abordando as experiências dos coordenadores nacionais de transplantação CNT espanhóis (Korstjens & Moser, 2017; Norlyk & Harder, 2010).</p>	<p>Participantes: 16 enfermeiros participantes a prestarem funções em UCI's, de 6 hospitais públicos de transplantes de Madrid.</p> <p>Entrevista semiestruturada; A amostragem e colheita de dados foram recolhidas durante um período de quatro meses, entre fevereiro e abril de 2019, até que os pesquisadores alcançassem redundância de informações. Foram seguidos os critérios de Guba e Lincoln para garantia de confiabilidade.</p>	<p>Foram recrutados 16 participantes e identificados três temas sobre o atendimento aos dadores de órgãos pelo enfermeiro coordenador de transplantes durante o órgão processo de doação:</p> <p>(a) realização do desejo e vontade do paciente dador;</p> <p>(b) a família, como extensão do dador;</p> <p>(c) coordenar o processo de doação de órgãos.</p>	<p>O processo de doação revela-se complexo e delicado, onde os cuidados de enfermagem são determinantes. A colaboração e a assistência prestada pelo enfermeiro coordenador de doação e transplantes são fundamentais desde a identificação do potencial dador até ao possível transplante, além da abordagem à família, pois é vista como uma extensão do dador. Os cuidados de enfermagem devem centrar-se na comunicação contínua, clara e honesta, garantindo privacidade e intimidade na prestação de cuidados em fim de vida</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[7] Gonzalez-Méndez & López-Rodríguez (2017)	Espanha	<p>Descrever as características da doação controlada de órgãos tipo III de Maastricht;</p> <p>Determinar os cuidados de fim de vida e o papel do enfermeiro no processo de doação.</p>	Enfermeiros de UCI	<p>Neste tipo de doação, a paragem cardiocirculatória é previsível após limitação terapêutica de suporte vital - LTSV (em pacientes que não apresentam opções de tratamento efetivo, no contexto de uma prática organizada e planeada). Esta LTSV nunca se aplica ao objetivo de realizar uma doação Maastricht, mas evita o prolongamento do processo de morte. A doação após a morte cardíaca ou a doação em Assistolia (DA), representa depois uma alternativa para este tipo de doentes.</p>	<p>Apresentação de narrativa sobre intervenções de enfermagem implementadas no plano de cuidados do doente crítico em fim de vida (Maastricht III), cujo foco deve ser a dignidade e conforto do potencial dador, a importância de antecipar e participar em decisões em equipa, multidisciplinar, tal como a Limitação Terapêutica de Suporte Vital (LTSV), uma vez que os enfermeiros são quem melhor conhece o doente, tendo em conta a família e as suas condições físicas, psicológicas e espirituais.</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[8] Green et al . (2023)	África do Sul	<p>Determinar as atitudes, o nível de conhecimento e as práticas dos profissionais enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos (hospitais públicos e privados), na Província do Cabo Oriental em relação à Doação de órgãos.</p> <p>Estudo transversal</p>	<p>Participaram no estudo 108 enfermeiros de UCI. Destes, 94 (87,0%) eram do sexo feminino, 78 (72,2%) eram negros, 104 (96,3%) eram cristãos, 79 (73,2%) trabalhavam em UTI, 79 (73,2%) possuíam diploma e 67 (62,0%) trabalhavam em hospital terciário.</p> <p>Desenho quantitativo, não experimental e descritivo para investigar o conhecimento, atitude e práticas atuais de doação de órgãos em cuidados intensivos entre 108 enfermeiros. Os dados foram colhidos entre 26 de fevereiro de 2017 e 27 de junho de 2017 por meio de questionários anónimos, auto-administrados e pré-testados.</p>	<p>Cerca de 67% dos entrevistados tinham bons conhecimentos, 53% apresentavam uma atitude positiva e 50,4% tinham pouca preparação prática para a doação de órgãos. Trabalhar em unidades renais ($p < 0,001$) e atuar em hospitais terciários ($p < 0,001$) foram significativamente associados a um alto score de conhecimento sobre doação de órgãos; ser enfermeira ($p = 0,036$), trabalhar em unidades renais ($p < 0,001$), e a prática em hospitais terciários ($p < 0,001$) foram significativamente associados a um alto score na prática de doação de órgãos.</p>	<p>Foram observadas diferenças nos conhecimentos e práticas de doação de órgãos entre os vários níveis de serviços de saúde, uma vez que o nível terciário superou as instituições de nível secundário. Os enfermeiros desempenham um papel importante nos cuidados críticos e de fim de vida e estão mais próximos dos pacientes e familiares. Assim, a educação pré e em serviço, bem como as campanhas promocionais entre enfermeiros em todos os níveis de cuidados podem constituir um passo estratégico para aumentar a disponibilidade de órgãos doados e assim, satisfazer as necessidades de milhares de indivíduos que deles necessitam para sobreviver.</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[9] Kalli et al . (2020)	Grécia Chipre	Investigar as atitudes e opiniões dos enfermeiros sobre a questão da doação de órgãos e suas possíveis correlações com características demográficas. Estudo transversal	Amostra de conveniência de 103 Enfermeiros que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva e Departamento de Nefrologia (Hemodiálise) na Grécia de junho a agosto de 2018. Para investigar a atitude dos enfermeiros foi utilizado o questionário Flodén : Attitudes Toward Organ Donor Advocacy Instrument (ATODAI).	A análise mostra que os enfermeiros estão, em grande medida, dispostos a garantir os desejos do potencial dador, para apoiar a família de potenciais dadores de órgãos e promover a doação de órgãos para os dois hospitais gregos.	O papel do enfermeiro é crucial no processo de transplante, pois é um fator que pode determinar as escolhas dos familiares dos pacientes relativamente à decisão de doar órgãos para transplante. Os enfermeiros podem ser a chave para o sucesso ou fracasso dos programas de transplante, pois podem influenciar, positiva ou negativamente, os familiares dos pacientes a decidirem sobre a doação de órgãos (nos casos em que não conhecem a opinião do doente).

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[10] Karaman & Akyolcu (2019)	Turquia	<p>Determinar o papel do enfermeiro intensivista na orientação dos familiares/familiares de pacientes, em morte encefálica para a doação de órgãos.</p> <p>Estudo descritivo.</p>	<p>Participantes:1.710 Enfermeiros de Unidades de cuidados intensivos de hospitais públicos, privados e universitários na cidade de Istambul. A amostra englobou 353 enfermeiros selecionados.</p> <p>Realizou-se por método de amostragem aleatória estratificada, métodos de amostragem probabilística e “Formulário de Colheita de Dados”.</p>	<p>74,5% dos enfermeiros intensivistas ouviram atentamente os familiares/familiares do paciente em possível morte encefálica, manifestando apoio para expressar emoções e pensamentos. Quando os familiares/familiares dos pacientes internados na UCI desejavam obter informações sobre a doação de órgãos, 20,7% dos enfermeiros deram a explicação preliminar e encaminharam o paciente a um coordenador de transplante de órgãos para informações detalhadas.3,1% dos enfermeiros disponibilizam eles próprios essas informações.</p>	<p>O conhecimento dos enfermeiros intensivistas sobre morte encefálica e doação de órgãos revelou-se parcialmente adequado e a função de orientar os familiares/familiares dos pacientes em morte encefálica para a doação de órgãos era maioritariamente exercida pelo médico.</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[11] Michaut et al. (2019)	França	<p>Avaliar como os profissionais de saúde potencialmente envolvidos perceberam as questões éticas em torno da estratégia de abordagem avançada.</p> <p>Estudo de campo.</p>	<p>Participação de 460 médicos e enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva Neurocirúrgica, Cirúrgica e Médica, das Unidades de AVC e dos Departamentos de Emergência.</p> <p>Pesquisa de opinião multicêntrica usando um questionário anônimo auto-aplicável, realizada nos 6 hospitais da rede regional de aquisição de órgãos e tecidos do leste da França, financiada publicamente.</p>	<p>179 Responderam ao questionário, representando 39% da população-alvo. A composição da subpopulação respondente foi a seguinte: enfermeiros, 73%; médicos e residentes, 27% (população investigada). Aproximadamente 53,5% dos entrevistados havia participado na abordagem antecipada aos familiares: 83% dos médicos e 42% dos enfermeiros. A maioria dos profissionais de saúde (68%) considera que o principal motivo é o cuidado integral do paciente terminal e a investigação da sua opinião (74%). A incompreensão dos assuntos relacionados pelos familiares é um obstáculo para 47% dos profissionais de saúde e 51% pensam que a resposta dada pelos familiares, corresponde à opinião da pessoa.</p>	<p>A abordagem antecipada deve ser considerada para capacitar os familiares a assumirem os valores e interesses do potencial doador na discussão <i>post-mortem</i> sobre doação de órgãos, fundamental para apoiar de forma otimizada as famílias que enfrentam problemas de morte e doação de órgãos <i>post-mortem</i>. Os enfermeiros estão maioritariamente mais próximos dos familiares do que os médicos e o seu papel no apoio diário às famílias é fundamental. Assim, a participação dos enfermeiros do potencial doador na abordagem antecipada dos familiares é necessária para capacitá-los a compreender todas as questões específicas relacionadas à doação de órgãos <i>post-mortem</i> e apoiá-los adequadamente durante esses dias extremamente angustiantes.</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[12] Prins & Humano (2019)	Africa do Sul	<p>Descrever o conhecimento e as opiniões dos enfermeiros de cuidados intensivos (CCPNs) na África do Sul relativamente à identificação precoce e encaminhamento de dadores de órgãos.</p> <p>Descrever o efeito a curto prazo da implementação de uma intervenção de formação em PowerPoint sobre o conhecimento dos enfermeiros neste domínio.</p> <p>Estudo misto, experimental, exploratório e descritivo.</p>	<p>A amostra participante foi composta por 173 enfermeiros de cuidados intensivos de 7 UCIs de 5 hospitais privados.</p> <p>Realizou-se por método de triangulação, que tem o potencial de fortalecer o rigor e enriquecer os resultados do estudo; Através de questionários de escolha múltipla (11 domínios, cada questão com possibilidade de uma ou mais respostas) e de resposta aberta (sobre problemas sentidos no processo de doação).</p>	<p>Participaram um total de 173 (79%) CCPNs, de uma população de 218. A pontuação mediana (intervalo interquartil) para todos os participantes aumentou de 60% (48 - 76) antes da intervenção de treino em PowerPoint, para 96% (88 - 96) após a intervenção ($p < 0,0001$). Três temas principais emergiram das questões qualitativas:</p> <p>(a) stress vivenciado pelas CCPNs durante o processo de doação de órgãos (62%);</p> <p>(b) colaboração inadequada entre médicos e enfermeiros (34%);</p> <p>(c) a necessidade de uma política (9%) para orientar o processo de encaminhamento de dadores.</p>	<p>As conclusões deste estudo contribuirão para o aumento da referenciação de dadores de órgãos. O aumento da educação dos enfermeiros e médicos profissionais de cuidados intensivos sobre a comunicação eficaz e a identificação precoce e encaminhamento de dadores de órgãos, ajudará, esperançosamente, a resolver as barreiras críticas no processo de doação de órgãos.</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[13] Sorensen et al. (2021)	Canadá	<p>Inspirar e apoiar a reflexão e ação ética entre os enfermeiros da UTI que cuidam de doadores de órgãos.</p> <p>Estudo de caso</p>	Participantes: Enfermeiros da UCI	<p>As três histórias, traduzem que os ambientes de cuidados intensivos são essenciais para a doação de órgãos, onde os candidatos à doação são identificados, encaminhados, estabilizados e mantidos até que os órgãos possam ser recuperados. Os enfermeiros podem sentir-se desafiados a realizar tarefas relacionadas com a doação de órgãos sem abandonar valores e práticas que estão tipicamente associados a uma abordagem de enfermagem paliativa e à obtenção de uma 'boa morte' na UCI.</p>	<p>Nenhum ambiente de cuidados específicos (UCI) é imprescindível permitir cuidados de fim de vida que sejam consistentes com os valores, esperanças e objetivos do doente e da família. Existe ainda a incidência na ideia de boa morte (tranquila, calma, anti tecnológica) coincidente com o padrão normativo em torno de formas "boas" e "más" de morrer (Cottrell & Duggleby, 2016). Em última análise, uma boa morte é subjetiva (múltiplas interpretações baseadas em valores, percepções e contextos individuais).</p> <p>As famílias relataram que a doação de órgãos os ajudou a lidar com o luto (Manzari et al., 2012), sabendo que a sua perda contribuiu para melhorar a qualidade de vida de outra pessoa ou mesmo para a sua sobrevivência (Berntzen & Bjørk, 2014).</p>

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[14] Urquhart et al. (2022)	Escócia	Compreender o conhecimento, a confiança dos enfermeiros de UCI e do departamento de emergência em relação ao processo de Doação/ Transplantação de órgãos, experiências com dadores e receptores, as atitudes face à doação de órgãos e respetiva abordagem do consentimento presumido.	<p>Participantes: Todos os enfermeiros de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) da Nova Escócia</p> <p>Realizada uma pesquisa electrónica auto-administrada por método de colheita de dados.</p> <p>Aplicado questionário aos entrevistados sobre o seu conhecimento, experiência e atitudes face à doação de órgãos, oportunidades e barreiras para a implementação da lei de doação de órgãos e tecidos humanos (HOTDA)</p>	194 Enfermeiros responderam à pesquisa. Quase todos (98%) apoiaram a doação de órgãos, com 86%, tendo assinado um cartão de dador de órgãos para doar órgãos e/ou tecidos após a morte. Uma maioria considerável (89%) apoiou a nova legislação. No entanto, uma minoria dos inquiridos (13%) acreditava que a legislação sobre consentimento seria considerada uma violação dos princípios gerais de liberdade e autonomia. Os três temas mais identificados para formação contínua foram coordenação do processo de doação (70%), gestão clínica dos dadores (70%) e questões familiares na tomada de decisões (70%).	Emergem atitudes positivas dos enfermeiros da UCI e de emergência em relação à doação de órgãos, incluindo uma abordagem de consentimento presumido. Os enfermeiros identificaram inúmeras barreiras e oportunidades no que respeita à doação de órgãos, bem como áreas para formação adicional à medida que o HOTDA é implementado. Estas áreas estão relacionadas com a compreensão dos processos e procedimentos de doação de órgãos, bem como com a comunicação com os familiares (tomada de decisões relacionadas com a doação). Estes achados devem orientar iniciativas educacionais, na Nova Escócia e em outros lugares, para otimizar os processos de Doação de órgãos bem como resultados posteriores.

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[15] Victorino et al. (2018)	Brasil	Identificar e discutir os diferentes significados e experiências de enfermeiros e médicos de uma unidade de terapia intensiva de adultos, em relação ao diagnóstico de morte encefálica e à manutenção de potenciais doadores de órgãos para fins de transplante.	<p>Participantes: Enfermeiros e médicos de uma unidade de cuidados intensivos de adultos, de um Hospital Universitário do Brasil.</p> <p>Os dados foram recolhidos por meio de entrevistas semiestruturadas e elaborado um questionário;</p> <p>Realizada análise de conteúdo.</p>	<p>Da análise emergiram duas categorias principais: (1) diagnóstico de morte encefálica e suas implicações e (2) manutenção do potencial doador de órgãos e sua repercussão no processo de doação-transplante e seis subcategorias:</p> <p>(a) compreensão do diagnóstico de morte encefálica (ferramenta essencial em tomada de decisões);</p> <p>(b) diagnóstico como garantia de direitos;</p> <p>(c) dificuldades encontradas para estabelecer o diagnóstico);</p> <p>(d) critérios clínicos e aspetos ético-legais relacionados);</p> <p>(e) especificidades do cuidado à pessoa com morte encefálica;</p> <p>(f) desfechos e atribuições do enfermeiro perante a pessoa com morte encefálica.</p>	Embora o diagnóstico de morte encefálica esteja definido científica e legalmente no Brasil e a manutenção do potencial doador de órgãos para fins de transplante tenha sido abordada nos últimos anos, ainda existem algumas dúvidas sobre o assunto, pois seu entendimento varia de acordo com o indivíduo, crenças, cultura e formação educacional.

Autor/Ano	País	Objetivo e tipo de estudo	População, Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	Resultados	Contributos
[16] (Yekefallah et al., 2020)	Irão	<p>Determinar a relação entre empatia e o altruísmo com as atitudes dos enfermeiros da UCI face à doação de órgãos e à morte cerebral</p> <p>Estudo transversal</p>	<p>Participantes: 222 Enfermeiros de UCI</p> <p>-Método de amostragem aleatória estratificada para seleção dos enfermeiros;</p> <p>-Para recolhas de dados utilizaram-se questionários (avaliação do altruísmo, da empatia e das atitudes).</p>	<p>Traduziu-se uma correlação significativa entre o altruísmo ($p < 0,001$, $r = 0,24$) e seus componentes (comportamentos pró-sociais anónimos ($r = 0,33$, $p < 0,001$), comportamentos pró-sociais emocionais ($r = 0,14$, $p = 0,03$), Comportamentos pró-sociais terríveis ($r = 0,14$, $p = 0,03$) e comportamentos pró-sociais complacentes ($r = 0,21$ e $p = 0,001$)) com atitudes e também entre empatia ($r = 0,04$, $r = 0,13$), componente tomada de perspectiva ($p = 0,02$, $r = 0,152$) e empatia imaginária ($r = 0,14$, $p = 0,03$) com as atitudes dos enfermeiros. Os componentes dos comportamentos pró-sociais anónimos: altruísmo ($p < 0,0001$), género ($p = 0,007$) e a posse de cartão de doação de órgãos ($p = 0,012$) são preditores positivos das atitudes dos enfermeiros em relação à doação de órgãos.</p>	<p>Os resultados mostraram que o altruísmo e a apresentação de cartão de doação de órgãos foram dois dos fatores mais importantes na tendência dos enfermeiros à doação de órgãos.</p> <p>De especial interesse a implementação de programas educativos que promovam a mudança de atitudes do enfermeiro, a fim de desenvolverem sentimentos de altruísmo e empatia, sobretudo por parte dos familiares, em relação à doação de órgãos.</p>

Apêndice 4: Ação de Formação no Serviço de Urgência

TEMA: “Colheita de córneas em dador de coração parado”

COLHEITA DE CÓRNEAS EM DADOR DE CORAÇÃO PARADO



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

LISBOA

5 de Abril de 2023

Mestrando: Rafael Nunes, 192022063
Orientação: Prof. Dr.ª Manuela Madureira e
Enfermeira Especialista Ana Rita Silva
Colaboração: Enfermeiro Especialista
Fernando Rodrigues

Objetivos

- Contextualizar a doação e a colheita de córneas
- Analisar dados relativos à colheita de córneas no CHULC
- Apresentar o procedimento de colheita de córneas no contexto de dador falecido em coração parado
- Apresentar a proposta de instrução de trabalho para o serviço de urgência

Diagnóstico da situação atual

- A cegueira corneal é a 4ª causa de cegueira a nível mundial, com uma estimativa de 80% dos casos sendo evitáveis e reversíveis através do transplante

(Madi-Segwagwe, Bracher, Myall, & Long-Sutehall, 2021)

- Estudo revela que **existem 70 potenciais recetores por cada córnea colhida**

(Szkodny, Wróblewska-Czajka, & Wylęgała, 2021)

- Existe a necessidade de aumentar a consciencialização dos profissionais de saúde para a doação de córneas

(Prous & Ponto, 2015)

Diagnóstico da situação atual

- A não disponibilidade de córneas suficientes conduz à necessidade de importação em bancos de tecidos estrangeiros

(Weiss et al., 2017)

- Lista de espera para transplante de córnea no CHULC: 02/06/2022: **116 pessoas em espera**

- Córneas importadas pelo Banco de Tecidos do IPST – Lisboa:

- **2020: 264 | 2021: 287**

- Custo por cada córnea: 1802€ até 2920

(Fonte: IPST, 2022)

Programa de colheita de Tecidos no CHULC



Cronologia da colheita e transplantação de córneas no CHULC

1961	HSAC realizou os primeiros transplantes de córneas;
1997	Programa Comum de Colheita e Transplantação de Órgãos e Tecidos dos HCL;
2000	Colheita e transplante de córneas em dador em morte cerebral;
2001	Início do programa de colheita de córneas em coração parado;
2013	Criação do Banco de Tecidos Oculares no CHULC;
2015	Inspeção DGS - Autorização do Banco de tecidos oculares CHULC;
2016	Acreditação CHKS e certificação ISO 9001:2008;
2019	Inspeção DGS - Banco de Tecidos Oculares e unidade de aplicação CHULC;
2022	Inspeção DGS - Banco de Tecidos Oculares e unidade de aplicação CHULC;

BTO CHULC :
Total de córneas
colhidas

2001 a 2022

4366

**Contextos da
colheita**

Morte Cerebral (MC)

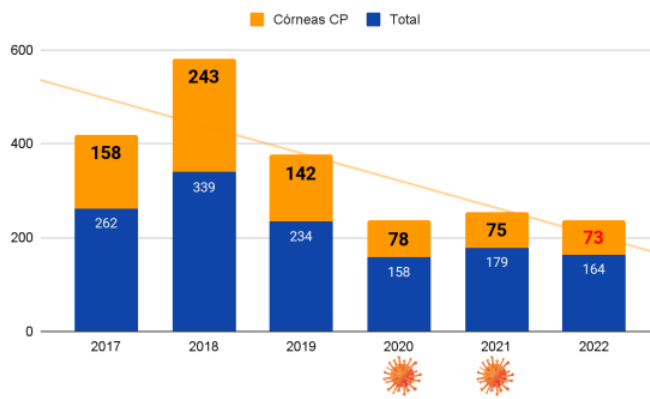
Paragem cardiocirculatória (PCC)

Coração Parado (CP)

• Programa que abrange todos os serviços do CHULC

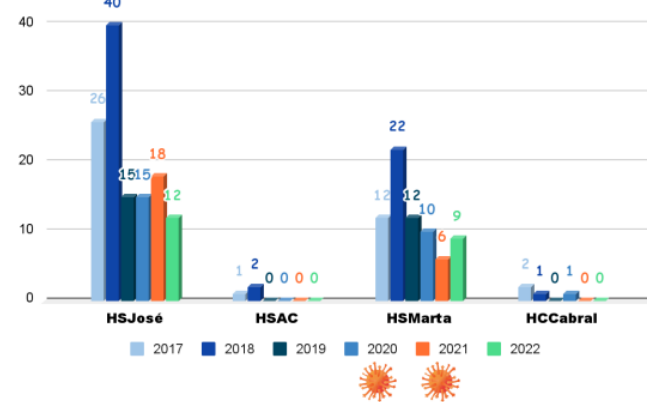
Dados Estatísticos

Córneas colhidas em doadores falecidos - 2017 a 2022

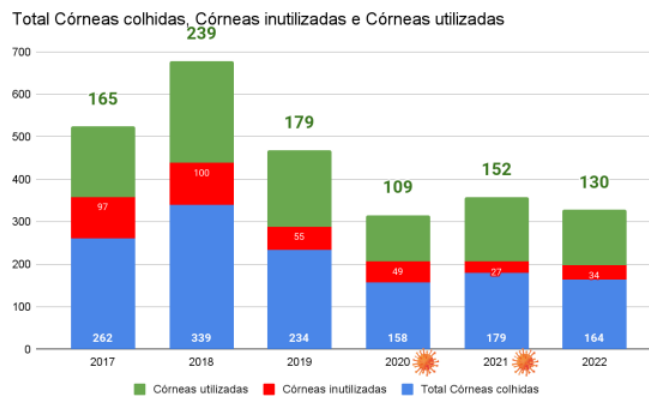


Dados Estatísticos

Colheitas CP realizadas por hospital - 2017 a 2022



Dados Estatísticos



Motivos para a inutilização de córneas colhidas

- **Sem amostra de sangue**
- Causa de morte desconhecida
- Achados na autópsia
- Virologia positiva
- Baixa densidade celular / sem qualidade
- Recetor sem condições para transplante

IT: colheita de córneas em coração parado :

POTENCIAL DADOR: doentes falecidos entre os 2 e 80 anos

Colheita de amostras de sangue imediatamente após o óbito:
2 tubos de gel em vácuo (bioquímica) e 1 tubo de EDTA (hemograma)

Solicitar ao médico da unidade o pedido de análises clínicas com:

1. Perfil do dador de tecidos
2. Virologia SARS-CoV-2 - Zaratoga NF-OF (no momento da colheita)

Enviar amostras sanguíneas ao Laboratório de Patologia Clínica do Hospital de S. José

Cuidados ao cadáver:

- Hidratação das córneas com soro fisiológico
- Encerramento das pálpebras com adesivo

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

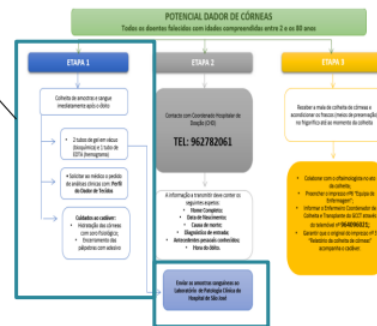
Referência: Procedimento Sectorial – TRC.1620 – Critérios de seleção de dadores de tecidos oculares

Objetivo: Uniformizar a Prática da Enfermagem em situações de colheita de córneas em dador de coração parado no serviço de urgência.
Determinar os procedimentos inerentes à colheita de córneas.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente do CHULC, E.P.E.

3 INSTRUÇÃO DE TRABALHO



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT: colheita de córneas em coração parado

Contacto com Coordenador Hospitalar de Doação (CHD) |

Telemóvel: 962 782 061

A informação a transmitir:

- Nome completo;
- Data de Nascimento;
- Causa da Morte;
- Diagnóstico da entrada;
- Antecedentes pessoais conhecidos;
- Hora do óbito

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

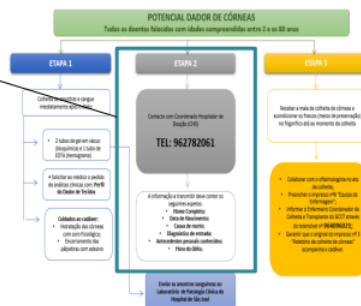
Referência: Procedimento Sectorial – TRC.1620 – Critérios de seleção de dadores de tecidos oculares

Objetivo: Uniformizar a Prática da Enfermagem em situações de colheita de córneas em dador de coração parado no serviço de urgência.
Determinar os procedimentos inerentes à colheita de córneas.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente do CHULC, E.P.E.

3 INSTRUÇÃO DE TRABALHO



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT: colheita de córneas em coração parado

- Receber a mala de colheita de córneas e acondicionar os frascos (meios de preservação) no frigorífico até ao momento da colheita
- Colaborar com o oftalmologista no ato de colheita
- Preencher o impresso nº 6 "Equipa de Enfermagem"
- Informar o Enfermeiro Coordenador de Colheita e Transplante do GCCT através do telemóvel 964 096 021 do *términus* da colheita
- Garantir que o original do impresso nº 3 "Relatório da colheita de córneas" acompanha o cadáver

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

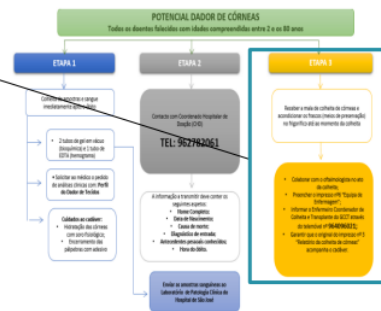
Referência: Procedimento Sectorial – TRC: 1620 – Critérios de seleção de dadores de tecidos oculares

Objetivo: Uniformizar a Prática da Enfermagem em situações de colheita de córneas em dador de coração parado no serviço de urgência.
Determinar os procedimentos inerentes à colheita de córneas.

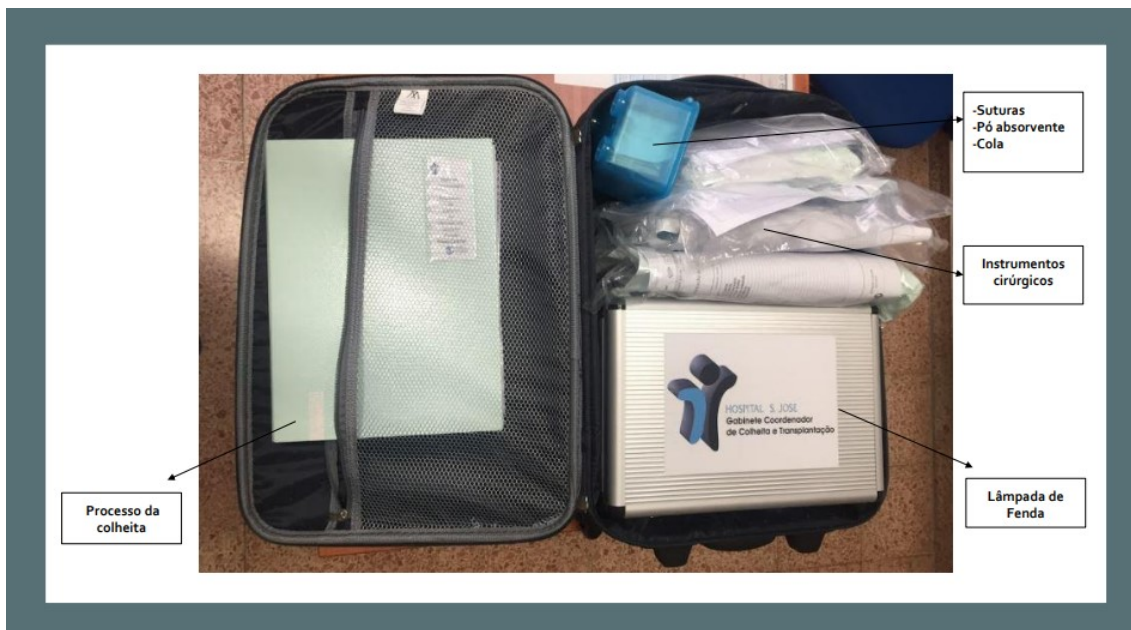
2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente do CHULC, E.P.E.

3 INSTRUÇÃO DE TRABALHO



INSTRUÇÃO DE TRABALHO



Processo da
colheita



Processo da
colheita



Processo da colheita



Encerramento

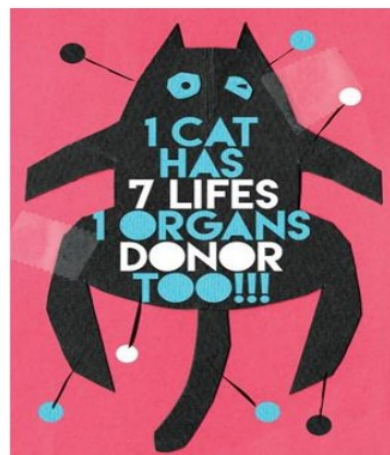
Cuidados ao cadáver



Referências Bibliográficas

- Bracher, M., Myall, M., & Long-Sutehall, T. (2021). Barriers and Facilitators to Eye Donation in Hospice and Palliative Care Settings: A Scoping Review. *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 175–187. <https://doi.org/10.1089/pmr.2021.0017>
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64(1), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160> -Madi-Segwagwe, B. C.,
- Szkodny, D., Wróblewska-Czajka, E., & Wylegała, E. (2021). Knowledge and Attitudes toward Cornea Donation among Different Social Groups in Poland. *Journal of Clinical Medicine*, 10(21), 5031. <https://doi.org/10.3390/jcm10215031>

Obrigado pela
vossa atenção



<http://www.posterland.org/gale/n/86f0d7a75e47e488f0cd5b9bfc52cbb5.jpg>

Apêndice 5: Proposta de Instrução de Trabalho para o Serviço de Urgência

DA	ÁREA DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE E CUIDADOS INTENSIVOS
	Colheita de Córneas em dador de coração parado
	IT.(Código do documento de referência).0000

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Referência: Procedimento Sectorial – TRC.1620 – Critérios de seleção de dadores de tecidos oculares

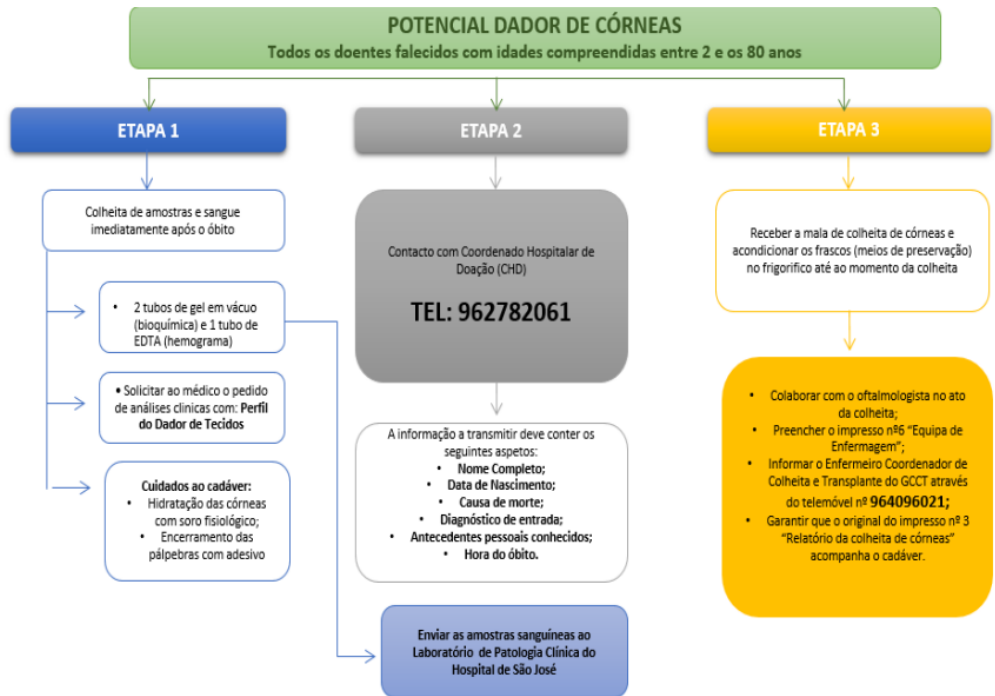
Objetivo: Uniformizar a Prática da Enfermagem em situações de colheita de córneas em dador de coração parado no serviço de urgência.

Determinar os procedimentos inerentes à colheita de córneas.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente do CHULC, E.P.E.

3 INSTRUÇÃO DE TRABALHO



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

EDIÇÃO	APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG.
		Enf. Rafael Nunes (Aluno da Especialidade Médico-Cirúrgica) Enf. Ana Rita Silva		1/3

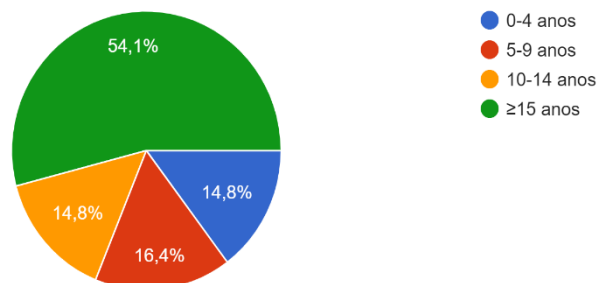
Apêndice 6: Resultados do questionário pré ação de formação

TEMA: “Colheita de córneas em dador de coração parado”

Pergunta 1: Anos de Experiência Profissional

Experiência profissional

61 respostas

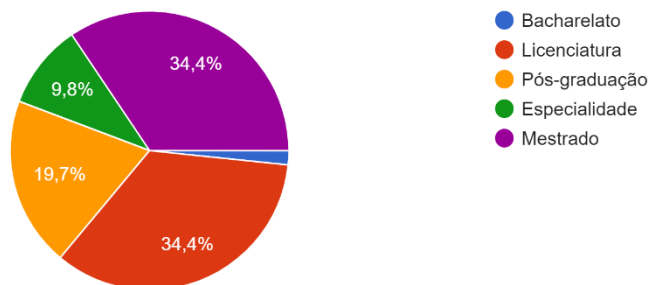


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
0-4 anos	9	14,8%
5-9 anos	10	16,4%
10-14 anos	9	14,8%
≥ 15 anos	33	54,1%
TOTAL	61	100%

Pergunta 2: Habilitações Académicas

Habilitações académicas

61 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
Bacharelato	1	1,6%
Licenciatura	21	34,4%
Pós-graduação	12	19,7%
Especialidade	6	9,8%
Mestrado	21	34,4%
TOTAL	61	100%

Pergunta 3: Área de Especialização

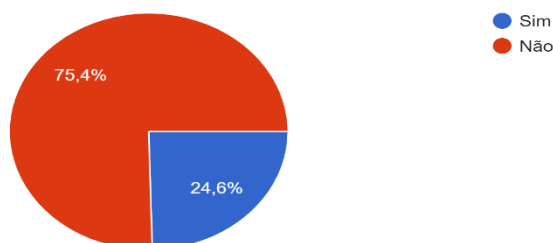
Área de especialização
38 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
Mestrado e especialidade em MC: PSC	23	60,5%
Especialidade em Reabilitação	1	2,6%
Pós-graduação em cuidados intensivos	2	5,3%
Pós-graduação em doente crítico	11	28,9%
Pós-graduação em gestão	1	2,6%
TOTAL	38	100%

Pergunta 4: Formação na área de doação de órgãos

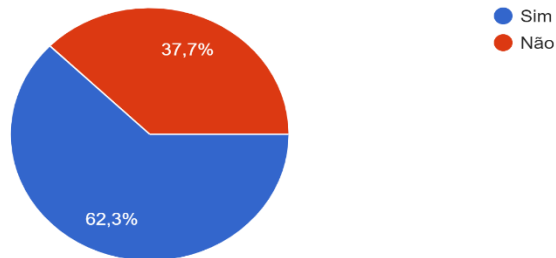
Formação na área de doação de órgãos
61 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
SIM	46	75,4%
NÃO	15	24,6%
TOTAL	61	100%

Pergunta 5: Conhecimento da norma ou protocolo da instituição sobre o tema

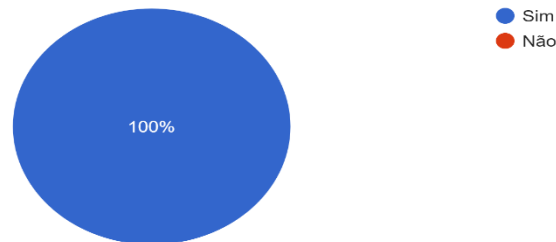
Conhecimento de norma ou protocolo da instituição
61 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
SIM	38	62,3%
NÃO	23	37,7%
TOTAL	61	100%

Pergunta 6: Pertinência de um protocolo ou instrução de trabalho para o SU

Pertinência de um protocolo ou instrução de trabalho para o SU
61 respostas

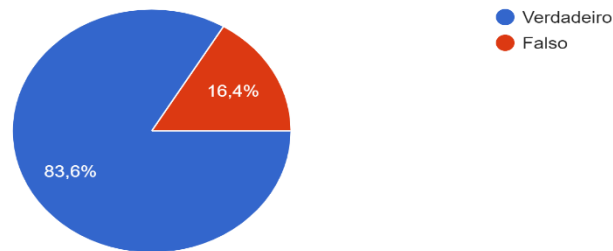


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
SIM	61	100%
TOTAL	61	100%

Pergunta 7: Em relação à lei portuguesa pode dar-se início ao processo de doação de órgãos e tecidos sem consentimento da família

Em relação à lei portuguesa pode dar-se início ao processo de doação de órgãos e tecidos sem o consentimento da família

61 respostas

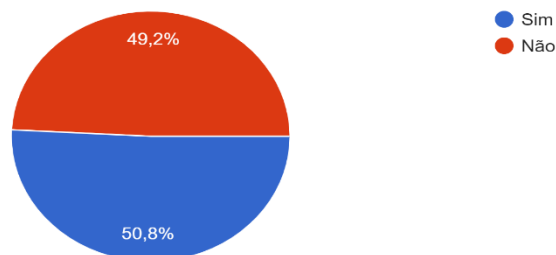


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
Verdadeiro	51	83,6%
Falso	10	16,4%
TOTAL	61	100%

Pergunta 8: Já referenciei um potencial dador de córneas ao Coordenador Hospitalar de Doação

Já referenciei um potencial dador de córneas ao Coordenador Hospitalar de Doação

61 respostas

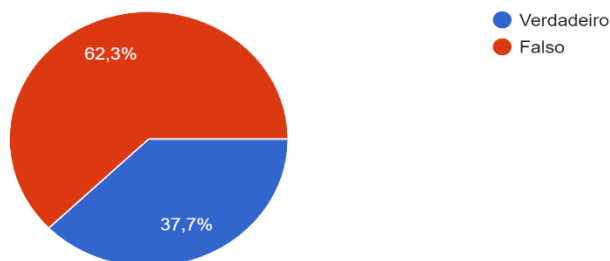


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
SIM	31	50,8%
NÃO	30	49,2%
TOTAL	61	100%

Pergunta 9: Só é possível colheita de córneas em dadores de morte cerebral

Só é possível colheita de córneas em dadores em morte cerebral

61 respostas

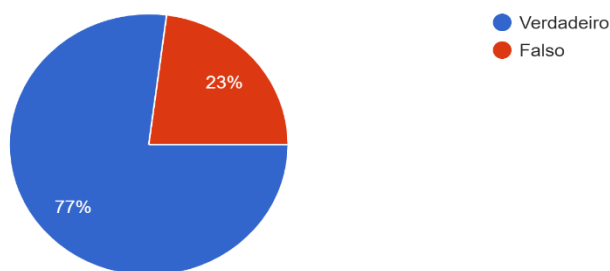


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
Verdadeiro	23	37,7%
Falso	38	62,3%
TOTAL	61	100%

Pergunta 10: Virologia positiva é critério para inutilização de córneas

Virologia positiva é critério para inutilização de córneas

61 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
Verdadeiro	47	77%
Falso	14	23%
TOTAL	61	100%

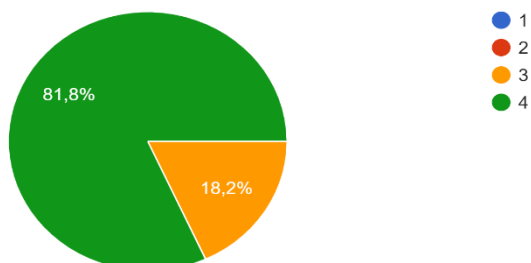
Apêndice 7: Resultados do questionário pós ação de formação

TEMA: “Colheita de córneas em dador de coração parado”

Pergunta1: Empenho e domínio dos conteúdos

Formador: Empenho e domínio dos conteúdos

44 respostas

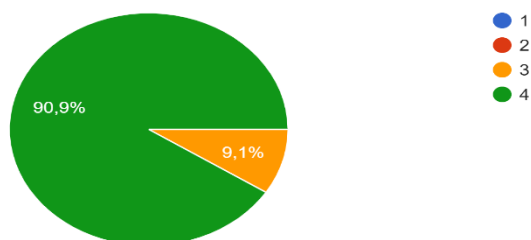


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
1- Não Satisfaz	0	0%
2- Satisfaz	0	0%
3- Bom	4	18,2%
4- Muito Bom	36	81,8%
TOTAL	44	100%

Pergunta 2: Identificados os objetivos de forma clara

Conteúdos Programados: Identificados os objetivos de forma clara

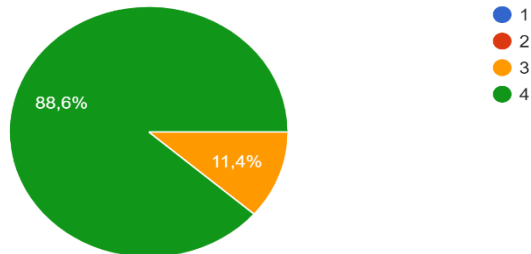
44 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
1- Não Satisfaz	0	0%
2- Satisfaz	0	0%
3- Bom	4	9,1%
4- Muito Bom	40	90,9%
TOTAL	44	100%

Pergunta 3: Utilidade do conhecimento adquirido

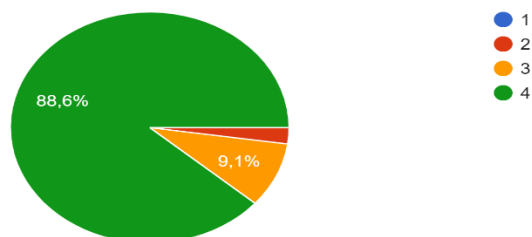
Conteúdos Programados: Utilidade do conhecimento adquirido
44 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
1- Não Satisfaz	0	0%
2- Satisfaz	0	0%
3- Bom	5	11,4%
4- Muito Bom	39	88,6%
TOTAL	44	100%

Pergunta 4: Apreciação geral do tema

Apreciação geral do tema
44 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
1- Não Satisfaz	0	0%
2- Satisfaz	1	2,3%
3- Bom	4	9,1%
4- Muito Bom	39	88,6%
TOTAL	44	100%

Apêndice 8: Ação de Formação no GCCT

Tema: “Aplicação de membrana amniótica no doente queimado”



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

APLICAÇÃO
DE MEMBRANA AMNIÓTICA
NO DOENTE QUEIMADO?
Vamos falar sobre isso...



Fonte: Weidinger, Poizenel, Wolbank, & Banerjee. (2021)

Rafael Alves Nunes | Lisboa, 15 de junho 2023

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: USO DE PELE E MEMBRANA AMNIÓTICA

- 1890 IVANOVA: Ivanova publicou artigo sobre a realização de transplante de pele fetal em queimados
- 1910 DAVIS: tratamento cirúrgico de pequenos defeitos de pele
- 1913 STERN e SABELLA: tratamento cirúrgico de queimaduras
- 1940 DE ROTTH: tratamento cirúrgico de lesões da conjuntiva
- 1995 KIM y TSENG: tratamento cirúrgico de doenças cicatríciais da córnea e conjuntiva

(Sandora *et al.*, 2022)

NO DOENTE QUEIMADO...

The Use of Dehydrated Human Amniotic Membrane Versus Amniotic/Chorionic Membrane Allografts to Treat Partial Thickness Facial Burns

Salomon Puyana ¹, Samuel Ruiz ¹, Adel Elkbuli ¹, Eileen Bernal ¹, Mark McKinney ¹,
Morad Asken ¹, Rizal Lim ¹, Hsaris Mui ¹

Affiliations + expand
PMID: 31369508 DOI: 10.1097/SCS.00000000000005834

Dried irradiated human amniotic membrane as a biological dressing for facial burns--a 7-year case series

E Bujang-Safawi ¹, A S Halim, T L Khoo, A A Dorai

Affiliations + expand
PMID: 20236771 DOI: 10.1016/j.bjoms.2009.07.001

Comparisons of the effects of biological membrane (amnion) and silver sulfadiazine in the management of burn wounds in children

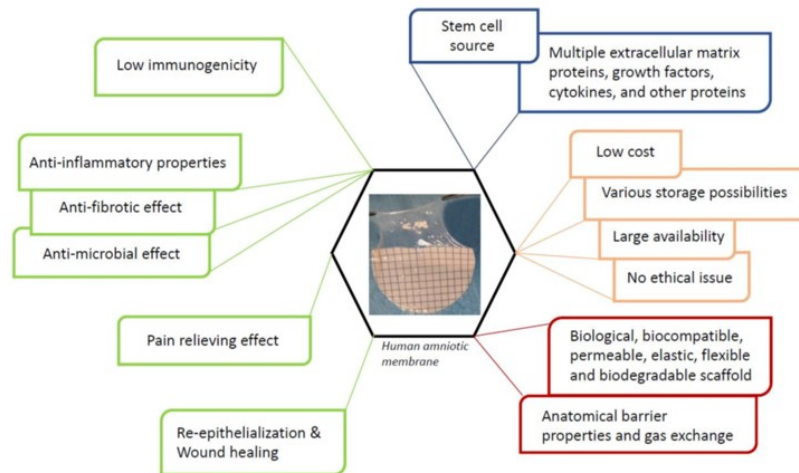
Abdul K Mostaque ¹, Khairul B M Abdur Rahman

Affiliations + expand
PMID: 21258242 DOI: 10.1097/BCR.0b013e31820aa494

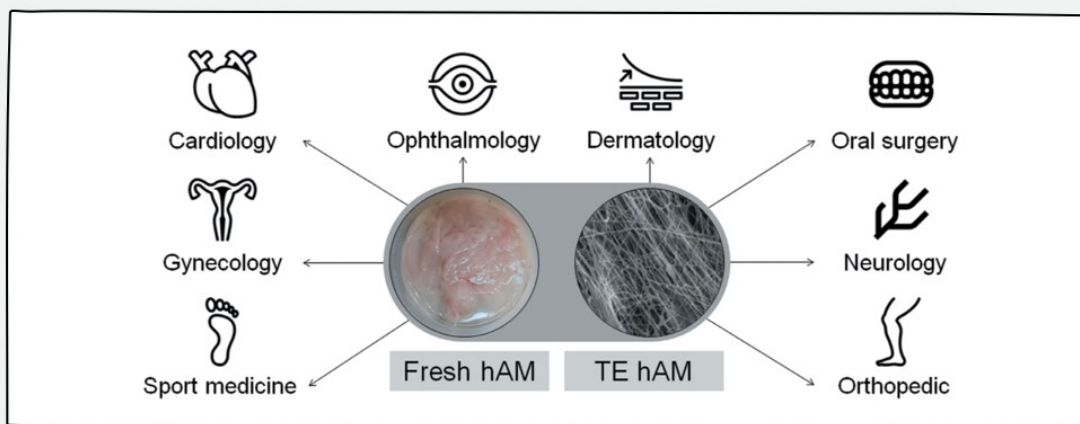
Analisando o uso de MA, Bujang-Safawi *et al.* (2010), apresentou o tempo de cicatrização médio da ferida, de 5,4 dias. O autor explicou que uma das hipóteses dessa rápida cura são as suas propriedades físicas, que reduz a perda de água, calor, resposta inflamatória e previne infecções. Puyana *et al.* (2019; 2020a; 2020b) analisaram este mesmo desfecho, obtendo o resultado médio de 14 dias. Segundo os autores, a MA atua com fatores de crescimento, citocinas, quimiocinas e proteínas regulatórias que estimulam a proliferação das células responsáveis pela reparação e cura do tecido. Além disso, Puyana *et al.* (2020a) também relatou que ao final dos 14 dias, a despigmentação da pele foi baixa, o que apoia o fato do amnio fornecer um ambiente adequado para a pigmentação voltar à sua aparência nativa, melhorando os resultados estéticos.

Mostaque e Rahman (2011) apresentaram como tempo médio de cicatrização 17,5 dias com MA comparado a 19 dias da sulfadiazina de prata tópica. Os autores acreditam que a epitelização rápida relacionada a MA, seja devido aos mesmos fatores supracitados, além de não precisar de trocas frequentes de curativo e limpeza repetida da ferida, o que diminui o risco de infecção.

PROPRIEDADES DA MEMBRANA AMNIÓTICA

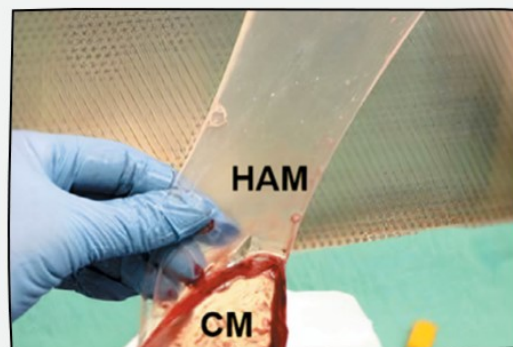


Fonte: Fénelon *et al.*, (2021)



Fonte: Leal-Marín *et al.*, (2021)

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO



Fonte: Leal-Marín *et al.*, (2021)

SEPARAR MEMBRANA AMNIÓTICA DO CÔRION



IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE TECIDOS E CÉLULAS DE ORIGEM HUMANA, SÓ PODE OCORRER QUANDO:

- Tiverem origem em bancos de tecidos e células autorizados para essas atividades e cumpram os requisitos de qualidade previstos na lei;
- Assegurem todos os requisitos de rastreabilidade previstos na lei 12/2009;
- Assegurem um sistema de notificação de reações e incidentes adversos graves equivalentes ao previsto na presente lei;
- As importações de tecidos ou células provenientes de países terceiros e as exportações para países terceiros só podem ser feitas por bancos de tecidos e células que estejam devidamente autorizados para essas atividades.

(Lei n.º 12/2009)

UNIDADE DE QUEIMADOS - CHULC: USO DE PELE E MEMBRANA AMNIÓTICA

Dados relativos a 2022

Nº Aplicações Pele/MA: 2/1

Nº Registos de Incidentes: 0/0

Nº Registo de Reações Adversas: 0/0

Relatório Anual das Atividades Tecidos - MEMBRANA AMNIÓTICA 2022

Aplicação da Lei n.º 12/2009, de 26 de março

O presente relatório é relativo às atividades de colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos de origem humana, no período entre 1 de janeiro e 31 de dezembro.

O presente formulário é comum a todas as instituições que desenvolvem atividades com tecidos, pele que cada instituição deverá preencher apenas os dados relativos às atividades aí desenvolvidas (exemplo: uma unidade de colheita preencherá apenas os dados relativos à atividade de colheita).

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS: MÉDICOS

	Procedimento Multissetorial AQUISIÇÃO DE TECIDOS HUMANOS AO BANCO DE TECIDOS DO INSTITUTO PORTUGUES DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP	APR.101
--	---	---------

- Identifica a necessidade de aplicação;
- Se doente consciente e capaz de compreender a aplicação de tecido como tratamento da queimadura, este procedimento é explicado. (TRC.104 - Consentimento livre e esclarecido). Se procedimento considerado pela equipa clínica em situação de "life saving" (a aplicação de pele/membrana amniótica é efetuada no doente sedado e conectado ao ventilador), o cirurgião plástico decide no melhor interesse do doente. No entanto, é dado conhecimento ao familiar/pessoa de referência da proposta/tratamento efetuado;
- Requisita MCDT's no SClinico;
- Requisita exames ao Exterior: o **Código EXR 457** - vai à Gestão de Doentes;

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS: MÉDICOS

- Informa o Secretariado do Serviço/ área administrativa, da existência do pedido. (Consentimento informado preenchido e assinado e proposta de data e hora para a cirurgia.)
- O responsável do Serviço avalia a pretensão e a sua adequação do ponto de vista clínico e confere a lista de verificações das etapas do processo.;
- Após aprovação, o médico preenche o impresso do pedido.

	Procedimento Multissetorial	
	AQUISIÇÃO DE TECIDOS HUMANOS AO BANCO DE TECIDOS DO INSTITUTO PORTUGUES DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP	APR.101

BANCO DE TECIDOS
PEDIDO DE MEMBRANA AMNIÓTICA

Enviar para o Fax: 21 750 41 41, 5 dias antes da intervenção

Hospital Solicitante: _____
Médico Responsável: _____
Serviço / Unidade: _____
Telefone: _____ Fax: _____
Dados de Envio: _____
Enviar para o Serviço: _____
Ao cuidado de: _____ Telefone: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ Localidade: _____

Nome do Recator: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: M F
Nº Utente / Beneficiário: _____ Nº Processo Clínico: _____

Diagnóstico: _____
Data Prevista da Cirurgia: _____ Hora Prevista da Cirurgia: _____

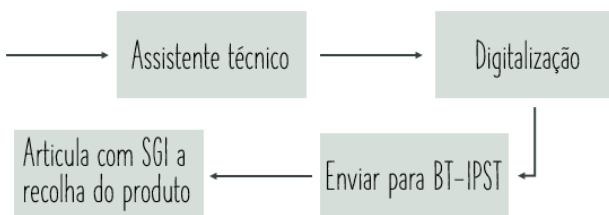
Características do Tecido:
Área de Membrana Amniótica em cm²: _____
Dimensões em cm (Compr x Larg): _____
Observações: _____

Condição de funcionamento de Lei n.º 102/2004 de 30 de Março que estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança das atividades relacionadas com a utilização de tecidos e células de origem humana.

Data do Pedido: _____ Assinatura do Médico Responsável _____
Nº Cédula (número Proprietário): _____

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa - Área de Transplantação
Avenida dos Combatentes, 117 - 1700-016 Lisboa
T: 217504141 F: 217504141 E: banco.tecidos@ipst.gov.pt

	Procedimento Multissetorial	
	AQUISIÇÃO DE TECIDOS HUMANOS AO BANCO DE TECIDOS DO INSTITUTO PORTUGUES DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP	APR.101



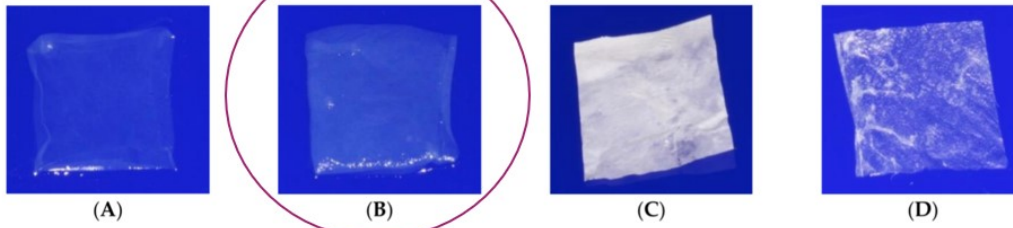


Figure 4. Human amniotic membrane formats. (A) Fresh. (B) Cryopreserved. (C) Lyophilized. (D) Decellularized and lyophilized [18].

Fonte: Fénelon, *et al.*, (2021)

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA MEMBRANA AMNIÓTICA

UNIDADE DE QUEIMADOS HSJ
 Lista de Verificação de Tecidos enviados pelo BT-IPST

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Itens a verificar	SIM	NÃO	Observações
Receção dos tecidos	Verificação da integridade do conteúdo		
	Eventos anormais durante o transporte		
Preparação dos tecidos	Indicações de conservação		
	Verificação da integridade		
	Impressão		
	Folha de identificação		
	Resíduos		
Adesivos			
Outros			
Realizar garantia das condições de armazenamento			
Realizar verificação das referências das folhas inseridas no invólucro exterior e na bolsa de esterilização			
Preparação de acordo com as indicações que acompanham o tecido			

Ok - Conforme

Nome do médico responsável pelo pedido: _____
 Quem recebe: _____
 Quem prepara: _____

TRC 1950 - Anexo 4 Pág. 11

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS:
 ENFERMEIROS

	Procedimento setorial ÁREA DAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS UNIDADE DE QUEIMADOS APLICAÇÃO DE PELE CRIOPRESERVADA E MEMBRANA AMNIÓTICA	TRC.1950
--	---	----------



Fonte: Unidade de Queimados do CHULC

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS: ENFERMEIROS

- Descongelamento da MA
(Seguir sempre as indicações do BT-IPST)

UNIDADE DE QUEIMADOS HSJ
Lista de Verificação de Tecidos enviados pelo BT-IPST

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Itens a verificar	SIM	NÃO	Observações
Receção dos tecidos	Verificação da integridade do conteúdo		
	Eventos anormais durante o transporte		
	Verificação da preparação		
	Verificação da impressão		
	Verificação da embalagem		
Preparação dos tecidos	Identidade do conteúdo		
	Condições gerais das condições de armazenamento		
	Condições de conservação das referências dos tecidos inseridas no processo de envio e na ficha de identificação		
	Preparação de acordo com as indicações que acompanham o tecido		

Ok - Conforme

Nome do médico responsável pelo pedido: _____
 Quem recebe: _____
 Quem prepara: _____

TRC.1950 - Anexo 4 Pág. 1/1

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS: ENFERMEIROS

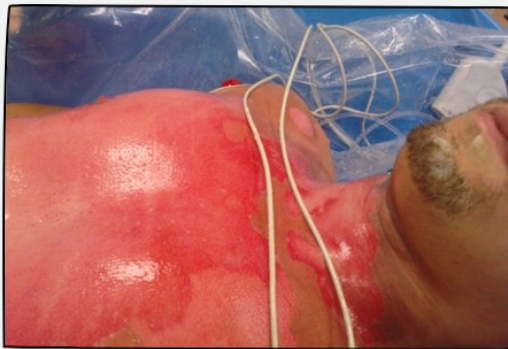
	Procedimento setorial ÁREA DAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS UNIDADE DE QUEIMADOS APLICAÇÃO DE PELE CRIOPRESERVADA E MEMBRANA AMNIÓTICA	TRC.1950
--	--	-----------------

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS: MÉDICOS

- Realiza o procedimento cirúrgico;
- Colhe o fragmento de tecido e de líquido de lavagem para controlo bacteriológico



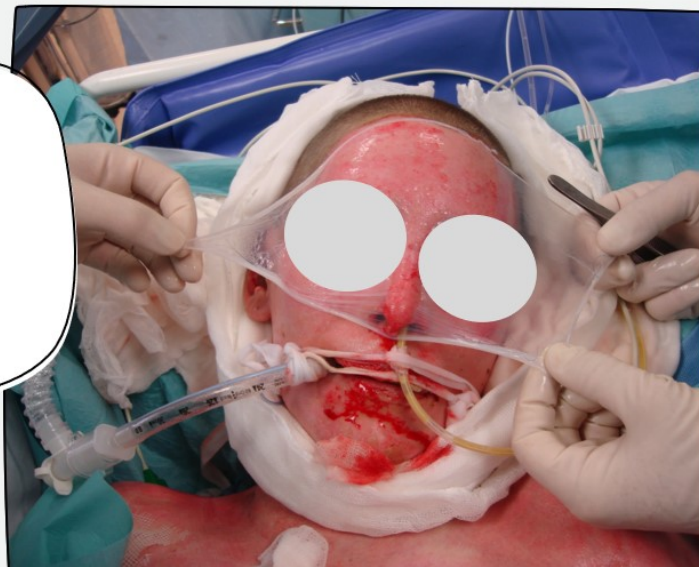
	Procedimento Multissetorial	
	AQUISIÇÃO DE TECIDOS HUMANOS AO BANCO DE TECIDOS DO INSTITUTO PORTUGUES DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP	APR.101



Fonte: Unidade de Queimados do CHULC

ANTES DA APLICAÇÃO DE MA

DURANTE...
...a aplicação de MA



Fonte: Unidade de Queimados do CHULC



Fonte: Unidade de Queimados do CHULC

DEPOIS DA APLICAÇÃO DA MA

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS: MÉDICOS

- Relata incidente crítico ou reação adversa através do link: http://213.58.181.218:8080/biovigilancia_site/ e no aplicativo HER+. Em caso de impossibilidade de acesso: preenche ficha de biovigilância *Reações Adversas e Incidentes*

	Procedimento setorial	TRC-1950
	ÁREA DAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS UNIDADE DE QUEIMADOS	
	APLICAÇÃO DE PELE CRIOPRESERVADA E MEMBRANA AMNIÓTICA	

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS: MÉDICOS

- Relata incidente crítico ou reação adversa através do link: http://213.58.181.218:8080/biovigilancia_site/ e no aplicativo HER+. Em caso de impossibilidade de acesso: preenche ficha de biovigilância *Reações Adversas e Incidentes*

	Procedimento setorial	TRC-1950
	ÁREA DAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS UNIDADE DE QUEIMADOS	
	APLICAÇÃO DE PELE CRIOPRESERVADA E MEMBRANA AMNIÓTICA	

Ficha De Biovigilância	
Reações Adversas	
QUEM DECLARA: _____	DATA: ____/____/____
SERVIÇO: _____	
INSTITUIÇÃO: _____	
GABINETE DE COORDENAÇÃO: _____	
1. PESSOA QUE NOTIFICA	
1.1 Identificação	
Nome	Telefone
Cargo	Telemóvel
Serviço	Fax
	E mail
	Endereço
1.2 Contactos	
2. Tecido, células, órgão ou outro produto relacionado	
2.1 Natureza do enxerto ou do produto posto em contacto com o enxerto	
Órgão	Tecido
Célula	Produto relacionado
2.2 Nº de identificação (referência, lote)	
pagina 1	
Pag. 1/3	

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS: ASSISTENTE TÉCNICO

	Procedimento Multissetorial	
	AQUISIÇÃO DE TECIDOS HUMANOS AO BANCO DE TECIDOS DO INSTITUTO PORTUGUES DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP	APR.101

- Dá conhecimento, via correio eletrónico, do envio deste documento ao responsável médico da unidade
- Regista na base da atividade de Tratamento-Aplicação de pele e membrana amniótica
- Coloca na Gestão Documental do SClínico todos os impressos digitalizados, devidamente preenchidos, referentes ao processo de aquisição e aplicação dos tecidos

EM CASO DE NÃO APLICAÇÃO...

- Se embalagem não violada, o tecido fica conservado por um período máximo de 48h e poderá ser devolvido ao Banco de Tecidos se não se concretizar a implantação
- É feito contato telefónico para o BT-IPST, através do nº (+351) 217 921 000, para informar da devolução do tecido e o AT procede ao pedido de transporte para se efetivar a devolução. É preenchido o impresso de devolução que acompanha o tecido
- Se tecidos não implantados e não reunirem condições para a devolução, os mesmos devem ser separados e acondicionados em saco ou recipiente próprio, dando cumprimento à classificação dos resíduos existente, de acordo com a legislação em vigor e com as orientações emanadas, designadamente Grupo IV - Resíduos hospitalares específicos - resíduos de vários tipos, de incineração obrigatória

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bujang-Safawi, E., Halim, A. S., Khoo, T. L., & Dorai, A. A. (2010). Dried irradiated human amniotic membrane as a biological dressing for facial burns-A 7-year case series. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 36(6), 876-882. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2009.07.001>
- CHULC, APR.101 - Aquisição Tecidos Humanos ao banco de tecidos do Instituto Português do Sangue e Transplantação
- CHULC, TRC.1950 - Aplicação de Pele criopreservada e membrana amniótica
- Mostaque, A. K., & Rahman, K. B. M. A. (2011). Comparisons of the effects of biological membrane (amnion) and silver sulfadiazine in the management of burn wounds in children. *Journal of Burn Care & Research: Official Publication of the American Burn Association*, 32(2), 200-209. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e31820aad94>
- Fénelon, M., Catros, S., Meyer, C., Fricain, J.-C., Obert, L., Auber, F., ... Gindraux, F. (2021). Applications of Human Amniotic Membrane for Tissue Engineering. *Membranes*, 11(6), 387. <https://doi.org/10.3390/membranes11060387>
- Leal-Marín, S., Kern, T., Hofmann, M., Pogozykh, D., Framme, C., Bergel, M., ... Gryshkov, O. (2021). Human Amniotic Membrane: A review on tissue engineering, application, and storage. *Journal of Biomedical Materials Research Part B: Applied Biomaterials*, 109(8), 1198-1215. <https://doi.org/10.1002/jbm.b.34782>
- Puyana, S., Ruiz, S., Elkbuli, A., Bernal, E., McKenney, M., Askari, M., Lim, R., & Mir, H. (2020). The Use of Dehydrated Human Amniotic Membrane Versus Amniotic/Chorionic Membrane Allografts to Treat Partial Thickness Facial Burns. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 31(1), 201-203. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000005834>
- Weidinger, A., Pozenel, L., Wolbank, S., & Banerjee, A. (2021). Sub-Regional Differences of the Human Amniotic Membrane and Their Potential Impact on Tissue Regeneration Application. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fbioe.2020.613804>
- Sandora, N., Fitria, N. A., Kusuma, T. R., Winarno, G. A., Tanjung, S. F., & Wardhana, A. (2022). Amnion bilayer for dressing and graft replacement for delayed grafting of full-thickness burns; A study in a rat model. *PLoS ONE*, 17(1), e0262007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262007>

OBRIGADO
pela vossa
atenção



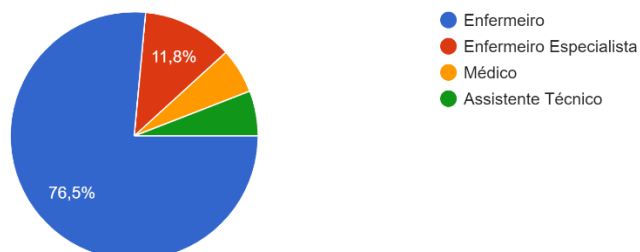
Apêndice 9: Resultados do questionário de avaliação da ação de formação

Tema: “Aplicação de membrana amniótica no doente queimado”

Pergunta 1: Identificação da categoria profissional

Identificação da categoria profissional para certificar a conclusão da formação

17 respostas

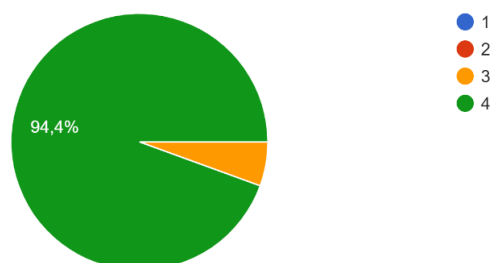


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
Enfermeiro	13	76,5%
Enfermeiro Especialista	2	11,8%
Médico	1	5,9%
Assistente Técnico	1	5,9%
TOTAL	17	100%

Pergunta 2: Formador-Empenho e domínio dos conteúdos

Formador: Empenho e domínio do conteúdo

18 respostas

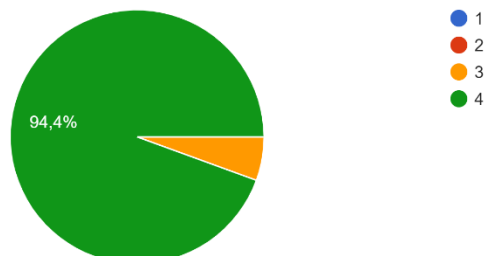


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
1- Não Satisfaz	0	0%
2- Satisfaz	0	0%
3- Bom	1	5,6%
4- Muito Bom	17	94,4%
TOTAL	18	100%

Pergunta 3: Utilidade do conhecimento adquirido

Conteúdos Programados: Utilidade do conhecimento adquirido

18 respostas

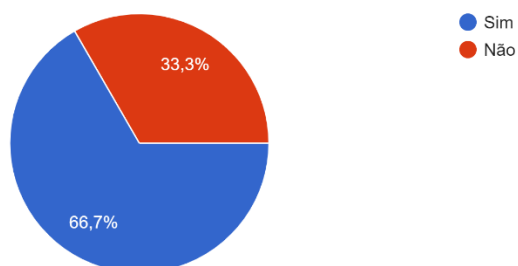


	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
1- Não Satisfaz	0	0%
2- Satisfaz	0	0%
3- Bom	1	5,6%
4- Muito Bom	17	94,4%
TOTAL	18	100%

Pergunta 4: Conhecimento dos procedimentos existentes

Conhecimento dos procedimentos Multissetorial e Setorial existentes sobre o tema

18 respostas



	Nº de respostas	Frequência Relativa (%)
SIM	12	66,7%
NÃO	6	33,3%
TOTAL	18	100%

Anexos

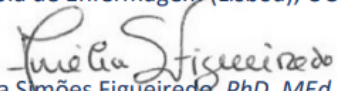
**Anexo 1: Certificado de participação no VI Seminário Internacional de
Mestrado em Enfermagem**

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

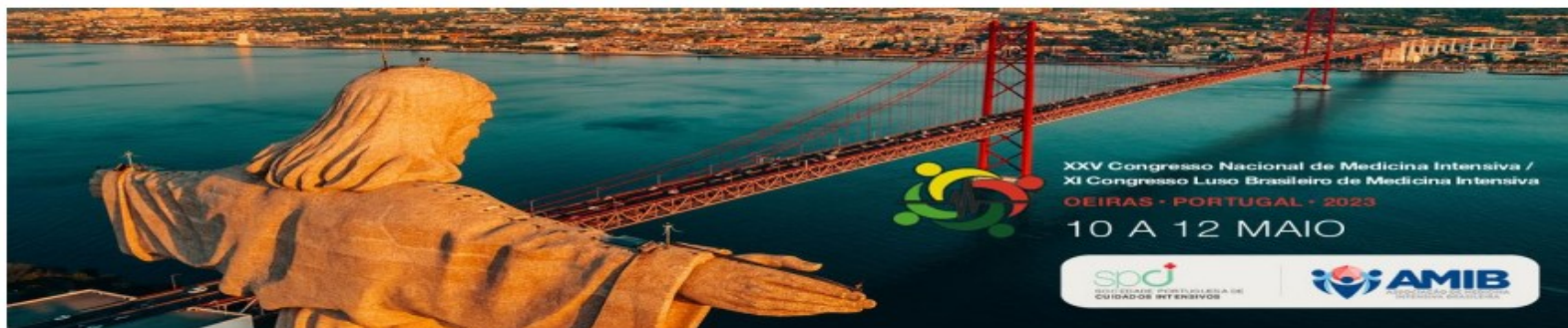
CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Mestrando **Rafael Nunes**, apresentou a comunicação com o tema “**A doação de órgãos e tecidos na perspetiva do enfermeiro especialista: promoção de uma cultura para a fraternidade social – uma Scoping Review**” - Mesa 3, em coautoria com Ana Gonçalves, Fernando Rodrigues, Manuela Madureira e Isabel Rabiais, e participou no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada

**Anexo 2: Certificado de participação no XXV Congresso Nacional de
Medicina Intensiva /XI Congresso Luso Brasileiro de Medicina Intensiva**



CERTIFICADO

Certificamos que **Rafael Nunes** esteve presente “**XXV Congresso Nacional de Medicina Intensiva / XI Congresso Luso Brasileiro de Medicina Intensiva**”, que se realizou de 10 a 12 de maio de 2023, no Taguspark em Oeiras.

Oeiras, 12 de maio de 2023

Presidente da SPCI

Dr. Paulo Mergulhão

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS

**Anexo 3: Certificado de participação no XIV Fórum Internacional de
Úlceras e Feridas**



Declaração Comprovativa de Frequência Formativa

Para os fins convenientes se declara que **Rafael Filipe Alves Nunes** portador(a) do documento de identificação com o número **14669410** frequentou, como formando(a), o **XIV Fórum Internacional de Úlceras e Feridas**, evento **Híbrido**, promovido pela **ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas**, com a parceria da **SILAUHE - Sociedad Ibero-latinoamericana de Úlceras y Heridas**. O Fórum Internacional, também **certificado pela EWMA**, decorreu nos dias **17 e 18 de março**, detendo a duração de 11 horas, conforme Plano Curricular.

18 de março de 2023

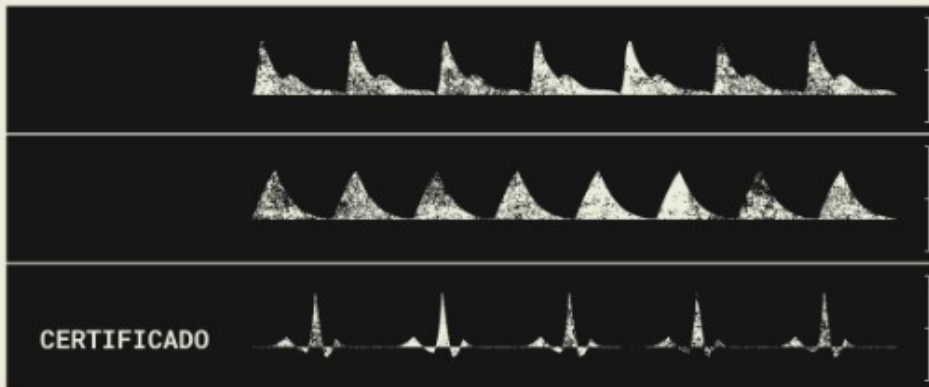
SILAUHE
Sociedad Ibero-latinoamericana Úlceras
y Heridas

María del Rocío González
(Presidente)

ELCOS
Sociedade Portuguesa de Feridas

Kátia Furtado
(Presidente)

Anexo 4: Certificado de participação na Conferência sobre “Desafios da Medicina Intensiva no Doente Oncológico”



Rafael Nunes

participou na Conferência sobre **Desafios da Medicina Intensiva no Doente Oncológico**, realizada no dia 2 de junho de 2023, no Centro Champalimaud, em Lisboa.

Ramiro Carvalho
Responsável dos Cuidados Intensivos
e Recobro do Centro Cirúrgico Champalimaud
(Em representação da comissão organizadora)

Anexo 5: Declaração de presença “Reunião Elos do PPCIRA”



DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAFAEL FILIPE ALVES NUNES** frequentou a **Ação de Formação "Reunião Elos do PPCIRA"**, realizada no dia **01 de Junho de 2023**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 15 de Junho de 2023

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 8970/2023/HSJ
UNIDADE DE QUEIMADOS/HSJ

**Anexo 6: Declaração “Cuidados ao Doente em Paragem
Cardiorespiratória e Peri-Paragem”**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAFAEL FILIPE ALVES NUNES** frequentou a **Ação de Formação "Cuidados ao Doente em Paragem Cardiorespiratória e Peri-paragem"**, realizada no **dia 30 de março de 2023**, com a duração total de **7 horas**.

Lisboa, 18 de abril de 2023

À Área de Gestão da Formação


MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração N.º 4805/2023/LL

UNIDADE DE QUEIMADOS/HSJ

Anexo 7: Declaração de presença “Reunião Anual do GCCT e os Coordenadores Hospitalares de Doação”



DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAFAEL ALVES NUNES** frequentou a **Ação de Formação em Serviço "Reunião anual do GCCT e os Coordenadores Hospitalares de Doação"** realizada pelo(a) **GABINETE COORDENADOR COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO** no dia **27 de Março de 2023**, com a duração total de **3 horas**.

Lisboa, 16 de Junho de 2023

A Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração FS N.º 1637/2023/MC/CS

Anexo 8: Declaração de presença nas I Jornadas “Colheita e Aplicação de Células e Tecidos de Origem Humana no CHULC”



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Gestão da Formação

CERTIFICADO

Certifica-se que **RAFAEL FILIPE ALVES NUNES** colaborou como co-autor da apresentação: "*O Doente Queimado: aplicação de homoenxertos pele criopreservada e membrana amniótica*" integrada nas **I JORNADAS "Colheita e Aplicação de Células e Tecidos de Origem Humana no CHULC"**, realizadas no dia **25 de Outubro de 2023**.

Lisboa, 15 de Novembro de 2023

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior