



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS DADORES DE ÓRGÃOS DE PESSOAS EM MORTE CEREBRAL**

Por  
Marta Sofia Oliveira dos Santos

Lisboa, 2023



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS DADORES DE ÓRGÃOS DE PESSOAS EM MORTE CEREBRAL**

**IDENTIFICATION OF POTENTIAL DONORS OF ORGANS FROM PEOPLE WITH BRAIN DEATH**

Por

Marta Sofia Oliveira dos Santos

Sob orientação da Professora Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, 2023

“A doação é um gesto altruísta,  
considerado como o maior ato de bondade entre os seres humanos”

Instituto Português do Sangue e da Transplantação

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Madureira, por toda a ajuda, dedicação e compreensão que teve para comigo.

À minha família que sempre me motivou e apoiou.

A todos os colegas e profissionais com quem, ao longo deste percurso, me tenho cruzado e cujas interações e partilhas me acrescentaram.

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Pretende demonstrar de forma crítica e reflexiva as experiências vivenciadas e as competências adquiridas ao longo do percurso realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. A primeira experiência formativa teve lugar no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação e a segunda na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, de um Centro Hospitalar de Lisboa. Estes contextos de estágio proporcionaram uma grande diversidade de situações, experiências e aprendizagens na área da pessoa em situação crítica e na doação de órgãos.

A transplantação de órgãos é, em determinadas situações clínicas, a única terapêutica que permite melhorar a qualidade de vida ou mesmo salvar vidas. Mas para que ocorra transplantação tem de haver doação, para assim se poder colmatar a escassez de órgãos para transplante. O enfermeiro pela proximidade na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, ocupa uma posição privilegiada e desempenha um papel crucial na identificação de potenciais dadores, sendo este, o ponto de partida para a transplantação, e provavelmente, a parte mais difícil de todo o processo. Uma das formas de garantir que não se percam potenciais dadores é ter profissionais sensibilizados e treinados, agindo em conformidade com protocolos e regras éticas aprovadas. Para tal, devem estar consciencializados para esta condição e desenvolver conhecimentos e competências específicas, relacionadas com os cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos de pessoas em morte cerebral.

Para suportar a prática na evidência e desenvolver competências de mestre procedeu-se à realização de uma revisão da literatura intitulada “Cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos de pessoas em morte cerebral – *scoping review*”. Sustentei os cuidados prestados na teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis, e procurei atingir o grau de perita, tendo em conta o modelo teórico de aquisição de competências de Patrícia Benner.

**Palavras-chave:** tissue donors; nursing care; diagnosis; brain death.

## **ABSTRACT**

This report comes within the scope of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical Situation. It intends to demonstrate in a critical and reflective way the experiences lived and the skills acquired along the course carried out within the scope of the Curricular Unit Final Internship and Report. The first training experience took place in the Coordinating Office for Collection and Transplantation and the second in the Emergency and Resuscitation Medical Vehicle, at a Hospital Center in Lisbon. These internship contexts provided a wide range of situations, experiences and learning in the area of critically ill people and organ donation.

Organ transplantation is, in certain clinical situations, the only therapy that improves quality of life or even saves lives. But for transplantation to occur, there must be donation, so that the shortage of organs for transplantation can be overcome. The nurse, due to the proximity in providing care to the person in a critical situation and/or organ failure, occupies a privileged position and plays a crucial role in identifying potential donors, this being the starting point for transplantation, and probably the most important part of the process. One of the ways to ensure that potential donors are not lost is to have professionals who are aware and trained, acting in accordance with approved protocols and ethical rules. To this end, they must be aware of this condition and develop specific knowledge and skills related to specialized nursing care in identifying potential organ donors of people with brain death.

To support practice based on evidence and develop master's skills, a literature review was carried out entitled “Specialized nursing care in identifying potential organ donors of people with brain death – scoping review”. I supported the care provided in the theory of transitions by Afaf Ibrahim Meleis, and I sought to reach the degree of expert, taking into account the theoretical model of acquisition of skills by Patrícia Benner.

Keywords: tissue donors; nursing care; diagnosis; brain death.

## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS**

APA – American Psychological Association  
ASST – Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação  
BIS – Bispectral index  
BO – Bloco Operatório  
CHD – Coordenadores Hospitalares de doação  
CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida  
CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes  
DLE – Drenagem Lombar Externa  
DR – Diário da República  
DVE – Drenagem Ventricular Externa  
EEG – Eletroencefalograma  
FAP – Força Aérea Portuguesa  
GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação  
GNR – Guarda Nacional Republicana  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
INVOS – Sistema de oximetria regional, cerebral e somático  
IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação  
ITEAMS – Inem Tool for Emergency Alert Medical System  
JBI – Joanna Briggs Institute  
MC – Morte Cerebral  
MS – Ministério da Saúde  
NCT – Neurocríticos e Trauma  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONT – Organización Nacional de Trasplantes  
PIA – Pressão intra-abdominal  
PIC – Monitoring of tissue oxygen pressure  
PICCO – Pulse contour cardiac output  
PRX – Pressure reactivity index  
RENDA – Registo Nacional de Não Dadores  
RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RPT – Registo Português de Transplantação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TOF – Train-of-four

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UT – Unidade de Transplante

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS DADORES DE ÓRGÃOS DE PESSOAS EM MORTE CEREBRAL: UM CUIDADO ESPECIALIZADO</b> .....	<b>14</b>
1.1. CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS DADORES DE ÓRGÃOS DE PESSOAS EM MORTE CEREBRAL – <i>SCOPING REVIEW</i> .....	24
<b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>
2.1. Estágio creditado – Unidade de Cuidados Intensivos .....	39
2.2. Estágio no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação .....	47
2.3. Estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação.....	59
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	<b>68</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>71</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>83</b>
APÊNDICE 1 – POSTER: Cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos em contexto de morte cerebral – <i>scoping review</i> .....	84
<b>ANEXOS</b> .....	<b>86</b>
ANEXO 1 – V Seminário internacional do mestrado em enfermagem: enfermagem especializada: uma voz para o humanismo .....	87
ANEXO 2 – VII jornadas técnicas de medicina intensiva .....	89

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Diagrama Prisma Flow .....	<b>27</b>
--	-----------

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Quadro da extração de dados dos estudos incluídos .....	<b>28</b>
---	-----------

## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, integrado no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Este documento pretende expor de forma crítica e reflexiva o percurso realizado nos diferentes estágios e demonstrar as competências desenvolvidas ao longo deste processo contínuo de aprendizagem, que conduziram à aquisição de competências do enfermeiro especialista.

A realização deste mestrado surge devido ao gosto pessoal na área do doente crítico, e da motivação para uma constante aprendizagem, assentando no objetivo de auto crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira especialista, contribuindo assim para a melhoria continua da minha prática profissional tendo por base a enfermagem baseada na evidência enquanto disciplina e arte do cuidar, tal como é definida no regulamento do exercício profissional dos enfermeiros como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-lei n.º 161/96, 2015).

É cada vez mais relevante o enfermeiro procurar formação e desenvolver uma visão de cuidados especializados à pessoa em situação crítica que integre o desenvolvimento tecnológico e o pensamento conceptual de enfermagem (Locsin & Purnell, 2007).

De acordo com o que se encontra estabelecido no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, Ordem dos Enfermeiros (OE), p.19362).

O enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica (Benner, 2001).

Torna-se assim imperativo que o enfermeiro especialista apresente competências científicas, técnicas e humanas para prestar os devidos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, sendo estes “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, OE, p.19362).

A evolução da ciência e da tecnologia nas últimas décadas tem sido vertiginosa. A aplicação de conceitos resultantes desta evolução, na área dos cuidados de saúde, tem promovido uma compreensão mais precisa e aprofundada dos fenómenos fisiopatológicos que afetam a pessoa em situação crítica (Vincent, 2013).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) esta evolução também é bastante notória, onde as técnicas e procedimentos se tornaram cada vez mais diversos e complexos, permitindo um progresso na abordagem médica através de novas oportunidades de respostas às necessidades da pessoa em situação crítica com falência terminal de órgão. Foi neste contexto que surgiu o transplante de órgãos como opção terapêutica (Kalra & Desousa, 2011; Starzl & Makowka, 1987).

A transplantação de órgãos é, em determinadas situações clínicas, a única terapêutica que permite melhorar a qualidade de vida ou mesmo salvar vidas. Mas, para existir transplantação é, obrigatoriamente necessário haver doação de órgãos. O processo de doação de órgãos pode ser definido como o processo que inclui a identificação e avaliação do potencial dador, a averiguação do consentimento para a doação, a manutenção do dador e a recuperação de células, tecidos e órgãos (World Health Organization (WHO), 2007).

Daí que a temática estudada e que serviu de fio condutor de forma a alcançar o desenvolvimento das competências específicas, ao longo deste percurso académico, são os

cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos de pessoas em morte cerebral (MC).

A problemática emergiu do facto de ser uma área de interesse pessoal e de estar relacionado com o meu contexto profissional, uma vez que exerço funções numa UCI, nomeadamente no cuidado a doentes neurocríticos e vítimas de trauma. É importante desenvolver competências específicas nesta área não só por ser um tema atual que obriga à mobilização de um vasto leque de conhecimentos, mas também devido ao fator crucial que limita os programas de transplantação que é a escassez de órgãos. O número de pessoas que esperam por um órgão é em todo o mundo superior à oferta existente. A identificação precoce de um potencial dador de órgãos é de extrema importância devido ao elevado número de doentes em lista de espera, em comparação com o número de dadores existentes (Faria, 2015).

Num curto período de tempo o transplante de órgão tornou-se num procedimento *lifesaving* e fomentou a taxa de sobrevivência de pessoas criticamente doentes (Sen, Callisen, Libricz, & Patel, 2019). Esta atividade assistencial de cuidados de saúde assume uma relevância extrema em termos sociais para o doente e família, não só pelos anos de vida ganhos, como pela possibilidade de manter pessoas economicamente ativas (Bartucci, 2003).

Dada a especificidade do tema escolhido, importa salientar que toda a pesquisa realizada se direcionou unicamente sobre potenciais dadores em MC e em órgãos sólidos, não se considerando os tecidos e células, assim como os hemoderivados.

Sendo os locais de estágio espaços enriquecedores de experiência onde a teoria se mobiliza na prática, realizei dois períodos de estágio. Um ocorreu no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) e o outro na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), de um Centro Hospitalar de Lisboa.

Os locais de estágio revelaram-se extremamente importantes, pois aí pude consolidar os conhecimentos e desenvolver as competências definidas para o enfermeiro especialista, que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) este é “um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010b, p.17).

O modelo teórico de aquisição de competências de Patricia Benner serviu de alicerce ao meu percurso formativo, pois foi construído com o intuito de adquirir competências para atingir o nível de “perita” na área dos cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos. De acordo com o modelo teórico de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner a aquisição e desenvolvimento de competências reflete-se em 5 níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Para Benner (2001), o enfermeiro perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis articulando a formação teórica com a experiência prática.

Enquanto referencial teórico de suporte a escolha recaiu na teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis, pois considera que a enfermagem é a arte e a ciência de facilitar processos de transição dos seres humanos, abrangendo as suas experiências, tendo como finalidade a saúde e bem-estar (Meleis, 2010). Tendo em conta o modelo teórico supracitado, pode constatar-se a existência de diferentes transições vivenciadas pelo doente na saúde/doença e transições vivenciadas pela família devido à perda de um familiar.

A metodologia utilizada para a elaboração do presente relatório é a descritivo-reflexiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica que suporta cientificamente as intervenções dirigidas à pessoa no contexto do tema em estudo. O objetivo geral do presente relatório é dar a conhecer o percurso realizado, visando analisar de forma crítica as atividades conducentes à consecução dos objetivos e as competências adquiridas no decorrer dos mesmos.

Fundamentar a prática com evidência foi uma necessidade sentida durante o percurso desenvolvido. Desta forma, a realização de uma revisão da literatura – *scoping review* permitiu suportar cientificamente as intervenções dirigidas à pessoa no contexto do tema em estudo. No entanto, a pesquisa não se cingiu somente à revisão da literatura, mas também às pesquisas adicionais, as quais foram realizadas, consoante as necessidades sentidas.

Quanto à organização estrutural o relatório encontra-se dividido em partes distintas. A introdução onde se espelha a contextualização do trabalho assim como os objetivos do mesmo. No primeiro capítulo apresenta-se a revisão da literatura onde se explana o conceito de doação e transplantação assim como a importância da identificação precoce do potencial

dador de órgãos. No segundo capítulo surge uma análise do percurso desenvolvido, assim como das competências específicas adquiridas nos locais de estágio. Por fim, no terceiro capítulo virá a conclusão onde se apresenta um resumo do trabalho desenvolvido e do impacto do mesmo, quer a nível pessoal como profissional, imprimindo um sublinhado às limitações e oportunidades futuras.

A elaboração deste relatório segue as normas de referência da *American Psychological Association* (APA).

# **1. IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS DADORES DE ÓRGÃOS DE PESSOAS EM MORTE CEREBRAL: UM CUIDADO ESPECIALIZADO**

## **Identificação da problemática**

A transplantação de órgãos reveste-se de importância primordial para a saúde dos doentes, na medida em que oferece grandes benefícios terapêuticos e é, em situações de falência terminal de órgãos, o único tratamento disponível. Esta constituiu-se, indubitavelmente um marco histórico na Medicina.

Utilizada recorrentemente como última linha de tratamento em doentes com falência orgânica, a transplantação é definida como a transferência de células, tecidos ou órgãos, onde ocorre o restabelecimento da continuidade vascular nos vasos do recetor (Letonturier, 2004; WHO, 2010). É considerada uma terapêutica complexa, conseguida através de dador vivo ou cadáver, que visa substituir um tecido ou um órgão com lesões irreversíveis, e cujo funcionamento ameaça a vida do recetor (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2006).

A 20 de julho de 1969, quando os olhos do mundo estavam postos no feito magnífico da chegada do homem à lua, em Portugal, outra notícia também marcava as capas de jornais: a realização do primeiro transplante no país com rim a partir de dador vivo, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, por uma equipa médica liderada pelo Professor Linhares Furtado.

Um ano antes da ocorrência deste marco histórico em Portugal, a escola da Universidade de Harvard definiu os critérios para a determinação de MC, o que, paralelamente ao desenvolvimento tecnológico e das UCI's, abriu a possibilidade da realização de transplantação a partir de órgãos colhidos em cadáver (Veiga, 2002).

Em Portugal, o Decreto-lei n.º 553/76 de 13 de Julho, vem autorizar a colheita de órgãos em cadáver e a sua utilização para transplante. Os primeiros transplantes com rim a partir de dador falecido foram feitos em 1980, sucedendo-se outros transplantes de órgãos como o fígado, coração, pâncreas, pulmão, bem como transplantes de tecidos e células.

Nos últimos 30 anos a transplantação em Portugal tem tido um desenvolvimento notável, assistindo-se a um aumento progressivo dos níveis de doação e a uma evolução técnica e

organizacional que colocaram Portugal na vanguarda da transplantação mundial (Despacho n.º 5975/2019 de 28 de junho).

O maior desafio nesta área, continua a permanecer na necessidade de órgãos transplantáveis que excede, em larga escala, a quantidade de enxertos disponíveis, tornando-se assim num grave problema de saúde pública. A escassez de órgãos é um fator crucial que afeta os programas de transplantação (Franke et al., 2012). Daí emergirem longos períodos de espera para os doentes, falecendo muitos deles durante esse tempo (Johnson & Goldstein, 2003).

Para fazer face a esta escassez de órgãos para transplante, foram implementadas estratégias para aumentar a quantidade de órgãos disponíveis, nomeadamente a adoção de legislação que regulamenta a colheita e transplantação, a introdução do conceito de MC, a perícia na identificação precoce de potenciais dadores, a promoção da doação de órgãos e tecidos, os avanços na preservação dos órgãos, a melhoria nos cuidados relativos à manutenção dos potenciais dadores e a expansão de critérios para aceitação de órgãos (Silva, 2010).

### **Dados estatísticos**

O ano de 2020 foi um ano atípico para a humanidade, carregado de muitos constrangimentos e extremamente desafiador para os sistemas de saúde em geral. A pandemia COVID-19 teve um forte impacto no acesso dos doentes a cuidados de saúde e tratamento na Europa e no mundo. O aumento de doentes com COVID-19 sobrecarregou os serviços hospitalares assim como os profissionais de saúde, forçando-os a direcionar os recursos para combater o SARS-CoV-2, atrasando inevitavelmente todos os outros processos. Na área da doação e transplantação não foi exceção (Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), 2021).

De acordo com os dados publicados na Newsletter Transplant 2021 (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2021), que reúne dados e informações sobre a atividade de doação e transplante, em 2020 na Europa foram realizados 35.529 transplantes. Comparado a 2019, o número de transplantes apresentou uma queda de 20%. A taxa de transplantes estava longe de atender às necessidades e, em lista de espera para transplante encontravam-se 43.183 pessoas, sendo que, durante esse ano, morreram por dia muitas

pessoas em lista de espera ativa (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2021).

No entanto, segundo o IPST (2021), em Portugal os números foram melhores do que em muitos países da Europa, visto que esta diminuição foi inferior à esperada. As unidades hospitalares retomaram a sua atividade e os planos de contingência foram sucessivamente adaptados, o que contribuiu para que Portugal, apesar de todos os constrangimentos inerentes, chegasse ao final do ano de 2020 ocupando o 4º lugar mundial na taxa de dadores falecidos por milhão de habitante.

No que se refere à atividade de doação de órgãos de dador falecido, observou-se uma diminuição de 27%, face a 2019, com menos 94 dadores, sendo este o real impacto na atividade da COVID-19 na transplantação de órgãos em Portugal (IPST, 2021).

Apesar destes anos de pandemia, que obrigaram a uma reorganização da atividade hospitalar, assistiu-se, em 2021, ao aumento da atividade de doação e transplantação de órgãos. A doação de órgãos de dador falecido, face a 2020, aumentou cerca de 19%, com mais 49 dadores. Na área da transplantação de órgãos, observou-se um aumento global da atividade face ao ano anterior em cerca de 12%, com mais 86 órgãos transplantados (IPST, 2022).

Do transplante dependem, assim, inúmeras pessoas que, por diversas razões, aguardam ansiosamente por um ou mais órgãos para que possam, não só continuar a viver, mas viver com qualidade e, talvez, vir a tornar-se de novo membros produtivos da sociedade, reduzindo significativamente os custos com a saúde a longo prazo, e constituindo um grande impacto benéfico na saúde pública e no ônus socioeconómico da falência de órgãos (Comissão Europeia, 2003).

Como refere Matos (2015), sem doação não há transplantação. Desta forma, o processo de doação de órgãos é definido como o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial dador em dador efetivo (Aguar et al., 2010).

O processo de doação tem início no cidadão, como pessoa responsável que decide com informação, fazer a opção de se inscrever ou não no Registo Nacional de Não Dadores

(RENNDA). A este passo seguem-se a identificação, avaliação e a manutenção do potencial dador a fim de promover a viabilidade de órgãos (Vanholder et al., 2021).

### **Legislação em Portugal e implicações Éticas**

O panorama português foi evoluindo ao longo dos tempos no que concerne à colheita e transplantação de órgãos, emergindo diversas leis de forma a servirem de instrumentos de regulamentação.

Em Portugal, a regulação da doação e transplantação de órgãos é da responsabilidade do IPST, que é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, resultante da fusão da Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST) com os três Centros de Histocompatibilidade portugueses – sediados no norte, centro e sul (Decreto-lei n.º 39/2012 de 16 de Fevereiro, 2012).

A Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio, vem regulamentar a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação constituída pelos Coordenadores Hospitalares de doação (CHD) e pelos GCCT. Estes têm como principais funções o controlo e fiscalização de toda a atividade desenvolvida na área da doação e transplantação.

Em termos legais, a publicação da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril, posteriormente republicada pela Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho, veio regular a colheita e transplantação de órgãos de origem humana.

No entanto, a lei da transplantação ficou dependente da publicação dos critérios para a verificação de MC - artigo 12º, bem como da entrada em funcionamento do RENNDA - artigo 11º. Para então completar a Lei n.º 12/93 de 22 de Abril, é publicada a Declaração da Ordem dos Médicos, sobre os critérios de MC (Despacho Normativo n.º 712/94) e o Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro, que regula a organização e funcionamento do RENNDA. Embora a transplantação seja um dos maiores sucessos da área da medicina, a colheita de órgãos continua a ter intrínseco, um grande e complexo envolvimento e condicionamento ético relacionado com a dignidade humana e com os valores da vida (Mendes, 2014).

De forma a garantir a qualidade e segurança dos órgãos destinados a transplantação é criado no ano 2013, a Lei n.º 36/2013 de 12 de Junho, onde são estabelecidas normas que asseguram um elevado nível de proteção da saúde humana. Posteriormente, em 2017, é publicado o Protocolo adicional à convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina, relativo à transplantação de órgãos, considerando que o progresso da ciência médica no campo da transplantação, é conduzida com o objetivo de salvar e melhorar a qualidade de vida, considerando os aspetos éticos inerentes à transplantação de forma a salvaguardar a dignidade quer do potencial dador quer do recetor (Diário da República (DR), 2017).

Segundo a legislação portuguesa, no que respeita à colheita de órgãos em dadores cadáveres, é estabelecido a todos os cidadãos um consentimento presumido, isto é, todos os cidadãos a partir do momento em que nascem, adquirem o estatuto de dador, caso não o pretendam ser, devem por iniciativa própria ou através de alguém de direito que o represente, subscrever a sua vontade num Centro de Saúde em impresso próprio no RENNDA (Ministério da Saúde, 2016).

À luz da Lei n.º 22/2007 (Ministério da Saúde, 2007), são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores. Em relação aos estrangeiros sem residência permanente em Portugal, o regime jurídico dos atos rege-se pelo seu estatuto pessoal.

O RENNDA foi criado com o intuito de viabilizar um eficaz direito de oposição à dádiva, assegurando deste modo que o ser humano expresse a sua vontade de forma individual e consciente, cumprindo o princípio ético da autonomia. O registo consiste num sistema informatizado, onde se encontram todos os que manifestaram junto do Ministério da Saúde a sua total, ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de certos órgãos ou para afetação desses órgãos a certos fins. É registado em impresso próprio, produzindo efeito decorridos quatro dias após a receção do impresso, sendo atribuído o respetivo cartão individual de não dador (Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho, 2007).

Segundo dados do IPST, desde a criação do RENNDA, o número de inscritos tem-se mantido estável, com 37.580, correspondendo a 0,36% da população portuguesa.

No que respeita à colheita de órgãos em cadáveres, a legislação portuguesa é das mais avançadas, ao presumir que todos os cidadãos são dadores depois do falecimento, exceto os que têm registo no RENNDA. Assim, todos os indivíduos ou representantes legais que, por qualquer motivo, entendam em vida, não doar *post mortem*, podem manifestar essa vontade a qualquer momento e garantir que tal é respeitado (Nicely & DeLario, 2011).

No entanto não é assim tão linear, uma vez que facilmente se encontra quem desconheça a existência deste consentimento presumido e, conseqüentemente, a existência do RENNDA.

A lei portuguesa de transplantação, sendo uma lei de oposição, considera que têm de ser os não dadores a manifestarem a sua vontade, desta forma, pode não estar a ser feita a vontade real do cadáver, mas antes a sua vontade presumida (Barradas, 2010). A lei não faz qualquer referência à família como interveniente no processo de recolha e doação de órgãos, exceto em caso de menores e pessoas incapazes. No entanto, sempre que possível, é deontologicamente correto informar a família do dador, retirando-lhes o peso da decisão de doação de órgãos numa situação de crise (Pinto, 2014; Resende, 2008).

Barradas (2010), defende que mesmo que o dador não tenha manifestado em vida a sua indisponibilidade para a doação de órgãos, perante a recusa da família tende-se a respeitar essa vontade expressa, não avançando com o processo.

De acordo com o modelo jurídico português de consentimento presumido, em que todos os cidadãos são considerados como potenciais dadores após a sua morte, numa lógica de altruísmo e solidariedade social, tendo, todavia, a possibilidade de em vida, se declararem não-dadores cumpre o princípio ético da autonomia (Barcelos M. R., 2009).

A consulta no RENNDA perante um possível dador de órgãos, é obrigatória por parte dos estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, através dos GCCT, antes de se proceder à colheita *post mortem*, sendo o acesso ao ficheiro autorizado apenas aos Centros de Histocompatibilidade, aos GCCT e aos Institutos de Medicina Legal (Faria, 2015; Monteiro et al., 2013).

Segundo o Decreto-lei 244/94 (Ministério da Saúde, 1994), todos os profissionais que no seu exercício tenham acesso aos dados do RENNDA ficam obrigados a manter o sigilo

profissional mesmo depois de cessarem as suas funções, garantindo assim o princípio da confidencialidade – garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada (OE, 2003). É proibido revelar a identidade do dador ou do recetor de órgãos (Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho, 2007).

Inerente à doação e transplantação de órgãos, os princípios da beneficência e não-maleficência também são aplicáveis uma vez que é exigido um bom resultado nas intervenções e garantia de qualidade, segurança e responsabilidade inerente a todo o processo (Lei n.º 36/2013 de 12 de Junho, 2013). O princípio da beneficência – o dever de cuidar ou de fazer bem - significa fazer o bem não só do ponto de vista técnico-assistencial mas também do ponto de vista ético, ou seja, como profissionais de saúde, obriga moralmente a agir para o benefício do outro. Por outro lado, para garantir o princípio da não-maleficência - o dever de não prejudicar aqueles de quem se cuida - não se deve causar dano desproporcionado aos dadores e os órgãos extraídos têm de estar em condições que não produzam danos aos recetores (Gafo, 2011).

Como refere o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 1991), a proibição do tráfico e do comércio de órgãos também está relacionada com o princípio da não-maleficência e da gratuidade. O tráfico e o comércio de órgãos constituem sistematicamente um meio para explorar e agravar a vulnerabilidade dos mais pobres, além de constituir um atentado à dignidade da pessoa (Barcelos & Neves, 2009). Por isso, a comercialização e o tráfico de órgãos são eticamente inaceitáveis e devem ser juridicamente proibidos, tal como acontece na legislação portuguesa.

O princípio da gratuidade defende que a dádiva de órgãos, tecidos e células, para fins terapêuticos ou de transplante, não pode, em nenhuma circunstância, ser remunerado, sendo proibida a sua comercialização. Seria um ato contra a integridade humana. No entanto, os estabelecimentos autorizados a realizar transplantes de órgãos podem receber uma remuneração, única e exclusivamente pelo serviço prestado, não podendo o cálculo desta remuneração atribuir qualquer valor aos órgãos ou transplantados (Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho, 2007).

Segundo o IPST (2020), o órgão é transplantado gratuitamente, independentemente da condição social e económica do doente que o recebe. Toda a terapêutica associada ao

transplante é suportada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e respetivos hospitais onde são efetuados os transplantes.

Por último o princípio da justiça, que se refere à igualdade de todos os doentes poderem beneficiar de um transplante de órgãos, independentemente da sua vontade expressa ou não no RENNDA (Gafo, 2011; Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho, 2007).

### **Definição e diagnóstico de Morte Cerebral**

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009), o conceito de MC é definido como a cessação irreversível da função do tronco cerebral, caracterizada pela ausência de atividade cerebral e do fluxo de sangue. Uma pessoa em MC está morta, embora a atividade cardiorrespiratória possa ser mantida artificialmente durante algum tempo.

Estes critérios encontram-se definidos na legislação portuguesa e de acordo com a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril, a certificação de MC requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral, assim como da sua irreversibilidade.

Ainda segundo a Lei supracitada, cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o CNECV, enunciar e manter atualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da MC.

Segundo o Guia de Diagnóstico de MC (1988) e a Declaração da Ordem do Médicos (1994) para o estabelecimento do diagnóstico de MC é necessário que se possua conhecimento acerca da causa e irreversibilidade da situação clínica; estado de coma profundo com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; ausência de respiração espontânea - sendo necessário ventilação mecânica; constatação de presença de estabilidade hemodinâmica - com ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, devendo as situações de hiponatrémia, hipoglicémia, acidose metabólica, desequilíbrios ácido-base, eletrólitos ou metabólicos corrigidas previamente, assim como, agentes depressores do sistema nervoso central e/ou de agentes bloqueadores musculares que possam ser responsabilizados pela supressão das funções avaliadas.

Conforme a Declaração da Ordem do Médicos (1994) o diagnóstico de MC, implica ausência total dos seguintes reflexos do tronco cerebral: reflexos fotomotores - com pupilas de diâmetro fixo e não reativas à luz; reflexos oculocefálicos - movimento dos olhos de acordo com a rotação da cabeça; reflexos oculovestibulares - ausência de resposta ocular à estimulação dos tímpanos; reflexos corneopalpebrais - ausência do encerramento da pálpebra como resposta à estimulação direta da córnea; reflexo faríngeo - ausência do reflexo de tosse durante a aspiração traqueal. Posteriormente é realizada a prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

É necessário realizar, pelo menos, dois conjuntos de provas de MC, essenciais para garantir a irreversibilidade das funções cerebrais, com intervalo adequado à situação clínica e à idade do doente. A execução destas provas deverão ser realizadas por dois médicos especialistas, preferencialmente neurologistas, neurocirurgiões ou com experiência de UCI. Não devem fazer parte das equipas envolvidas no transplante de órgãos e pelo menos um deles não deverá pertencer ao serviço onde o doente se encontre internado (DR, n.º 235, 1994).

A existência de resposta em um ou mais testes afasta a hipótese de diagnóstico de MC, devendo não se prosseguir com a verificação das mesmas. Embora o diagnóstico de MC ser da responsabilidade do médico, o enfermeiro, como parceiro da equipa multidisciplinar deve ser detentor de conhecimento científico para participar ativamente no processo da realização das referidas provas, auxiliando e preparando todo o material necessário.

Apesar de ser aceite que a MC é um processo, a sociedade exige que os médicos não só forneçam uma confirmação biológica da morte, mas também estabeleçam uma hora exata da sua ocorrência (*Transplant Procurement Management*, 2007). Assim, legalmente assume-se a hora da conclusão das segundas provas de MC como sendo a hora do óbito (Dias, et al., 2008).

A realização de exames complementares de diagnóstico, não é habitualmente necessário e não é mandatória face à lei portuguesa. Todavia, a sua realização está indicada quando existem dúvidas para os peritos na interpretação das provas clínicas - como acontece quando estão presentes reflexos espinais, quando não existe diagnóstico para o coma, ou pela impossibilidade de ser executada alguma prova clínica (DR, n.º 235, 1994).

O conceito de MC não surgiu por mera conveniência para satisfazer a necessidade de órgãos, mas sim como resultado da evolução dos conhecimentos da medicina. Se no futuro existirem novas formas de aquisição de órgãos, como a clonagem ou a xenotransplantação, irão continuar a existir situações de MC em doentes internados em UCI, que certamente serão retirados das próteses ventilatórias após a confirmação do óbito, de forma a promover uma correta gestão dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis (Cruz, 2004).

## **1.1. CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS DADORES DE ÓRGÃOS DE PESSOAS EM MORTE CEREBRAL – *SCOPING REVIEW***

### **Introdução**

A história da doação sempre esteve intimamente ligada à definição e diagnóstico de MC. Este processo reveste-se de inúmeras particularidades médico-legais que, desde logo, têm a sua génese na problemática relacionada com a definição e compreensão do conceito de MC. O corpo humano traz uma limitação natural e, portanto, indubitavelmente, ocorrerá o evento morte, na qual o mesmo perderá a sua função (Neto, 2010).

Os avanços científicos e tecnológicos têm tornado o transplante, o tratamento de escolha num número crescente de pessoas com falência terminal de órgão. A doação de órgãos é um processo complexo que requer o envolvimento de muitos profissionais de saúde (Trilikauskienė et al., 2020). A disparidade entre o elevado número de órgãos necessários e a quantidade de excertos disponíveis, continua a ser um dos flagelos na área da doação e transplantação. A escassez de órgãos é considerada uma grande limitação para o aumento das taxas de transplantação (Loeches et al., 2019).

As patologias que mais frequentemente conduzem a uma situação de MC são as que apresentam uma lesão cerebral severa, como patologias neurológicas, neurocirúrgicas e encefalopatias anóxicas (Marín, 2008). Estas patologias raramente afetam a funcionalidade dos órgãos vitais desde que esteja artificialmente mantida a função da respiração. Por esta razão, a definição do critério de MC veio contribuir para o aumento do número de transplantes, já que a colheita dos órgãos, quando ainda existem batimentos cardíacos, garante a perfusão e oxigenação dos mesmos e, conseqüentemente, a sua vitalidade e funcionamento depois do transplante (Aguiar et al., 2010; Resende, 2008).

A escolha do tema recaiu nesta *scoping review*, orientada pela metodologia proposta por *Joanna Briggs Institute (JBI) for scoping review*. É uma revisão da literatura, que permite identificar e descrever o conhecimento científico mais atualizado sobre os cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos (Peters et al., 2020).

## Objetivo da Revisão

Mapear os cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos de pessoas em morte cerebral.

## Questão da revisão

Para a formulação da questão de investigação utilizou-se a mnemónica designada de PCC: População (P) – potenciais dadores de órgãos; Conceito (C) – cuidados especializados de enfermagem; Contexto (C) – cuidados críticos.

Através desta mnemónica foi formulada a seguinte questão de revisão: Quais os cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos de pessoas em morte cerebral?

## Crítérios de inclusão

A identificação dos critérios de inclusão, baseou-se na mnemónica PCC, acima descrita. Desta forma, os critérios de inclusão considerados foram: apenas se incluíram estudos cuja população fossem potenciais dadores de órgãos adultos, que retratassem os cuidados de enfermagem ao potencial dador em morte cerebral e que estes requeressem cuidados críticos (onde se incluem os serviços de urgência e UCI).

## Tipos de fontes

Incluíram-se estudos de metodologia qualitativa, quantitativa, mista, revisões integrativas de literatura e artigos de opinião de perito.

## **Método**

A presente *scoping review* foi elaborada para permitir uma abordagem mais ampla, onde a finalidade é mapear conhecimentos e fornecer uma visão geral das evidências disponíveis, sendo realizada seguindo a metodologia de Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020).

## Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa para este estudo procurou encontrar estudos publicados, revisões e outros documentos considerados relevantes e foi concretizada em três etapas: na primeira foi realizada uma pesquisa inicial limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCOhost, onde foram analisadas as palavras do texto contidas no título e resumo dos artigos, assim como dos termos usados para descrever os artigos.

Numa segunda etapa, foi realizada nova pesquisa através das plataformas de acesso online PubMed e EBSCOhost (escolhendo as bases de dados eletrônicas: CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE), utilizando todas as palavras-chave e termos identificados. Foram utilizadas as palavras-chave: tissue donors; nursing care; diagnosis; brain death. Quanto aos descritores escolhidos, estes obedecem aos critérios da *Medical Subject Headings*, no entanto de forma a utilizar linguagem adequada e adaptada ao contexto também foram selecionados descritores genéricos no âmbito das Ciências da Saúde tais como: tissue and organ procurement; organ donation; nursing diagnosis; detection. Foi então formulada uma equação de pesquisa conjugada com os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Na terceira etapa, as listas de referências bibliográficas dos artigos e relatórios identificados foram analisadas para identificar estudos adicionais relevantes.

O espaço temporal da pesquisa compreendeu o período entre 2017 e outubro de 2022, foram abrangidos os estudos publicados em português, inglês e espanhol e estudos com texto completo.

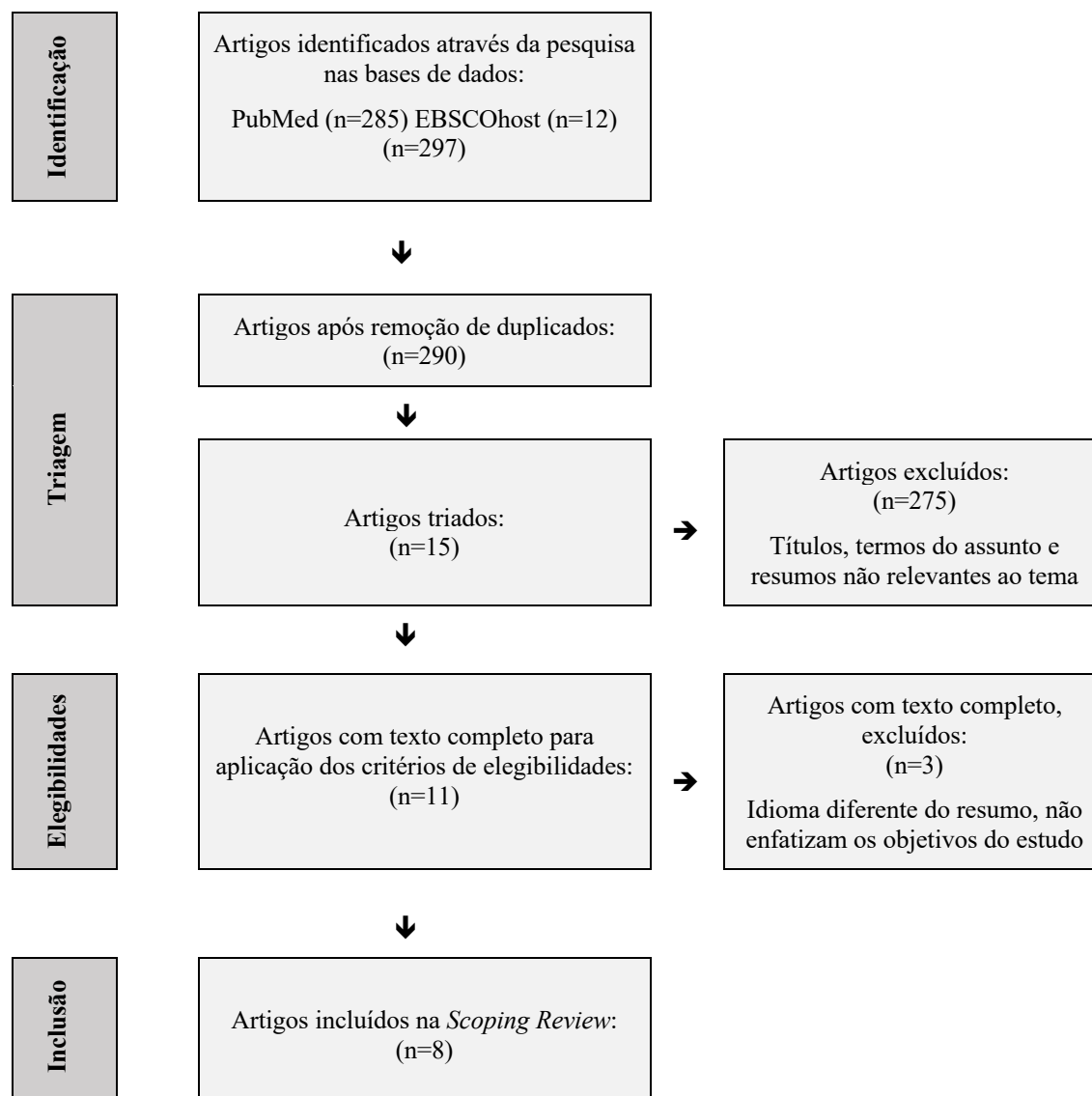
Uma pesquisa preliminar no PROSPERO, MEDLINE e JBI Evidence Synthesis foi conduzida e nenhuma *scoping review* ou revisão sistemática foi identificada.

## **Resultados**

Foram identificados um total de 297 artigos através da estratégia de pesquisa acadêmica nas bases de dados PubMed (285) e EBSCOhost (12). Após a exclusão de estudos duplicados, 290 permaneceram para análise. Destes, 275 artigos foram removidos após leitura do título, termos do assunto e do resumo, visto não serem relevantes para o tema da revisão. Dos 15

restantes, apenas 11 foram sujeitos à leitura integral, sendo que, 3 deles, não apresentavam os idiomas selecionados para a investigação ou não cumpriam os objetivos da mesma. Desta forma, foram apenas incluídos 8 artigos para revisão. O número de artigos em cada etapa do processo seletivo do estudo consta no diagrama *Prisma Flow* (Figura 1).

**Figura 1** – Diagrama Prisma Flow



Os dados extraídos foram organizados em formato de quadro (Quadro 1 – Quadro da extração de dados dos estudos incluídos) onde constam informações sobre o título do artigo, os autores, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo e população. Incluem também a apresentação dos objetivos, dos respectivos resultados e conclusões.

Todos os estudos selecionados nesta revisão foram publicados entre 2018 e 2020. Quanto à origem, o Brasil é o país mais representado, com seis estudos (Costa et al., 2018; Knihs et al., 2019; Magalhães et al., 2018; Magalhães et al., 2019; Silva, et al., 2018; Souza et al., 2019), seguido da Alemanha (Loeches et al., 2019) e da Lituânia (Trilikauskienè et al., 2020) com um estudo cada.

Dos artigos selecionados, verificou-se que para além de darem enfoque à importância da identificação precoce ao potencial dador de órgãos, à prestação de cuidados especializados de enfermagem e envolvimento da família, também evidenciaram alguns dos sentimentos, motivações e frustrações dos enfermeiros face a todo o processo de doação de órgãos.

**Quadro 1** – Quadro da extração de dados dos estudos incluídos

<b>Estudo 1</b>	
<b>Título</b>	Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors
<b>Autor(es)/Ano/País</b>	Magalhães et al., 2018; Brasil
<b>Tipo de estudo</b>	Qualitativo
<b>População</b>	12 enfermeiras
<b>Objetivo</b>	Compreender qual o significado que os enfermeiros atribuem aos cuidados prestados ao potencial dador de órgãos em morte cerebral
<b>Resultados</b>	<p>- A complexidade do cuidado ao potencial dador em morte cerebral é sustentada pela inter-relação de cinco categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidar do doente em UCI: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reconhecimento do ambiente de UCI como serviço de referência para a manutenção de potenciais dadores de órgãos em morte cerebral</li> </ul> </li> <li>• Organização das práticas de cuidados em UCI voltadas para as pessoas em morte cerebral: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estabelecer a diferença entre o cuidado prestado à pessoa em morte cerebral e aos restantes doentes críticos</li> <li>○ Organizar as práticas de cuidados na UCI</li> </ul> </li> <li>• Identificação das diferentes condições no processo de cuidar de pessoas em morte cerebral: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enumerar os elementos facilitadores e os elementos que dificultam o cuidado à pessoa em morte cerebral</li> </ul> </li> <li>• Implementação de estratégias para cuidar de pessoas em morte cerebral: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procura contínua da atualização de conhecimentos científicos</li> <li>○ Identificar as diferentes atitudes dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar frente à pessoa em morte cerebral</li> <li>○ Desenvolver atitudes a fim de amenizar as frustrações, a tristeza durante o processo de cuidar da pessoa em morte cerebral</li> </ul> </li> <li>• Aspectos inerentes da complexidade na prestação de cuidados a potenciais dadores em morte cerebral <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sentimentos e reações diversas dos enfermeiros perante todo o processo, como a gratificação e felicidade quando</li> </ul> </li> </ul>

	<p>a doação dos órgãos é concretizada e termina com resultados satisfatórios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valorização do trabalho em equipa</li> <li>○ Avanços na prestação de cuidados decorrentes das experiências e do crescimento profissional no cuidado à pessoa em morte cerebral</li> </ul>
<b>Conclusões</b>	A importância de uma melhor prestação de cuidados ao potencial dador em morte cerebral passa pela compreensão de toda a sua complexidade, a fim de viabilizar a doação de órgãos.
<b>Estudo 2</b>	
<b>Título</b>	Implementing of active brain-dead donor Identification strategy in a single donor center: one year experience
<b>Autor(es)/Ano/País</b>	Trilikauskienė et al., 2020; Lituânia
<b>Tipo de estudo</b>	Retrospectivo
<b>População</b>	6723 doentes
<b>Objetivo</b>	Avaliar a eficácia de um programa implementado na identificação de potenciais dadores em morte cerebral numa instituição médica da Lituânia
<b>Resultados</b>	<p>- Comparativamente aos resultados no ano do estudo com o ano remoto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foi observado aumento no número de potenciais dadores</li> <li>• A conversão do potencial dador em dador efetivo foi semelhante</li> <li>• A recusa familiar, as contra-indicações médicas, assim como outras causas, não tiveram uma diferença estatisticamente significativa</li> <li>• O tempo de internamento dos potenciais dadores foi significativamente maior</li> <li>• Verificou-se um ligeiro aumento na percentagem de identificação do potencial dador durante os primeiros quatro dias de internamento</li> </ul> <p>- Uma tendência de impacto negativo na doação de órgãos foi óbvia no ano do estudo e prendeu-se com o número de potenciais dadores ter diminuído 13% na Lituânia e 8,1% na instituição do estudo</p>
<b>Conclusões</b>	As descobertas do estudo vieram enfatizar a necessidade da alteração de protocolos
<b>Estudo 3</b>	
<b>Título</b>	Management of donation after brain death in the ICU: the potential donor is identified, what's next?
<b>Autor(es)/Ano/País</b>	Loeches et al., 2019; Alemanha
<b>Tipo de estudo</b>	Opinião de perito
<b>População</b>	
<b>Objetivo</b>	Destacar as principais etapas da doação de órgãos
<b>Resultados</b>	<p>- O sucesso de qualquer processo de doação exige que os potenciais dadores de órgãos sejam identificados e encaminhados precocemente</p> <p>- O recurso a checklists tem sido associado a um aumento no número de doentes transplantados</p> <p>- A identificação e o cuidado ao potencial dador é um processo complexo que pode ser simplificado com a implementação de diretrizes e ferramentas de alerta, para aumentar os padrões de qualidade nos cuidados</p> <p>- As estratégias adequadas de manutenção do dador de órgãos, são fundamentais para aumentar o número e a qualidade dos órgãos para transplante</p> <p>- O bom relacionamento, a interação e a comunicação entre todos os profissionais envolvidos na doação e transplantação é essencial para a adequada gestão do potencial dador</p> <p>- Existe uma grande escassez de ensaios clínicos relacionados com a doação de órgãos, sendo necessário desenvolvê-los para melhor se aferir as possibilidades de melhoria no processo de doação</p>
<b>Conclusões</b>	O processo de doação de órgãos tem vindo a ser aprimorado nas últimas décadas com o desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos, para melhor organizar a abordagem multidisciplinar da doação de órgãos

<b>Estudo 4</b>	
<b>Título</b>	Organ and tissue donation: use of quality tool for process optimization
<b>Autor(es)/Ano/País</b>	Knihs et al., 2019; Brasil
<b>Tipo de estudo</b>	Quantitativo, transversal e descritivo
<b>População</b>	332 processos clínicos de pessoas falecidas em UCI
<b>Objetivo</b>	Identificar através de uma ferramenta de gestão as causas que conduzem a perdas de potenciais doadores de órgãos e tecidos, bem como as oportunidades de melhoria no sistema de doação
<b>Resultados</b>	<p>- A percentagem de pessoas falecidas com diagnóstico de morte cerebral foi superior a 25%</p> <p>- As principais causas de perdas de potenciais doadores de órgãos envolvem a instabilidade hemodinâmica e as contra-indicações médicas</p> <p>- A equipa de enfermagem assume um papel preponderante, uma vez que está diretamente envolvida na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos nas 24 horas</p> <p>- A análise dos dados evidencia que ainda há doentes que não estão a ser identificados como potenciais doadores, o que pode significar que os profissionais das UCI's ainda sentem dificuldade e insegurança na definição dos critérios clínicos de morte cerebral e de conduzirem o diagnóstico</p> <p>- A educação permanente e a utilização de ferramentas de gestão no processo de doação de órgãos, assim como outras atividades desenvolvidas pela equipa de saúde, possibilita o aperfeiçoamento do conhecimento teórico-científico, a qualidade dos cuidados, além de gerar mudanças e melhorias nos processos e nas relações de trabalho entre a equipa e família</p>
<b>Conclusões</b>	A ferramenta de gestão utilizada no estudo permite que a equipa de saúde desenvolva estratégias direcionadas aos problemas reais que ocorreram nas diferentes etapas do processo de doação
<b>Estudo 5</b>	
<b>Título</b>	Perceptions of intensive care nurses regarding brain death and organ donation.
<b>Autor(es)/Ano/País</b>	Souza et al., 2019; Brasil
<b>Tipo de estudo</b>	Qualitativa, convergente - assistencial
<b>População</b>	5 enfermeiros especialistas em enfermagem de cuidados intensivos
<b>Objetivo</b>	Verificar a percepção dos enfermeiros intensivistas face à morte cerebral a à doação de órgãos
<b>Resultados</b>	<p>- Após análises dos dados emergiram três categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A percepção dos enfermeiros para lidar com a morte cerebral <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ainda existe dificuldade na aceitação do diagnóstico de morte cerebral, e para isso pode contribuir a falta de conhecimento e experiência na aplicação do protocolo para a identificação da morte cerebral</li> <li>○ Estes profissionais enfrentam diversas emoções que podem culminar em stress profissional, dificultando a prestação dos cuidados e a transmissão de informações à família, no entanto, mediante estes sentimentos controversos, também passam pela aceitação e conseguem sentir felicidade por estarem a ajudar outras pessoas que necessitam desses órgãos para sobreviver ou melhorar a qualidade de vida</li> </ul> </li> <li>• A preparação do enfermeiro perante o diagnóstico de morte cerebral <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O conhecimento do processo e a execução adequada de cada etapa referente ao processo de doação possibilitam a obtenção de órgãos com maior segurança e qualidade</li> <li>○ A pessoa em morte cerebral deve ser conduzida adequadamente e com dedicação da equipa, independentemente de ser um potencial dador de órgãos. Continua a tratar-se de um ser humano, paciente, indivíduo e como tal merece ser tratado com respeito e dignidade</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O trabalho do enfermeiro na efetividade da doação de órgãos para transplante <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O enfermeiro para além de ter um papel importante na identificação, notificação e manutenção do potencial dador em morte cerebral, também é imprescindível na abordagem e comunicação com os familiares</li> <li>○ A constante troca de informações, o acolhimento e a influência positiva diante o luto iminente, poderão ser intensificadas, auxiliando a aceitação da doação dos órgãos</li> </ul> </li> </ul>
<b>Conclusões</b>	O processo de trabalho do enfermeiro consiste, entre diversas atividades, prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa em morte cerebral, reconhecer os sinais e sintomas da morte cerebral, prestar os cuidados ao corpo e, por fim, abordar os familiares de forma empática e humana, assim como orientá-los sobre a doação de órgãos
<b>Estudo 6</b>	
<b>Título</b>	Nursing assistance to organ donor potential in encephalic death: integrative review
<b>Autor(es)/Ano/País</b>	Costa et al., 2018; Brasil
<b>Tipo de estudo</b>	Revisão integrativa da literatura
<b>População</b>	19 artigos
<b>Objetivo</b>	Realizar o levantamento das principais evidências científicas que descrevam a prestação de cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgão em morte cerebral
<b>Resultados</b>	<p>- De acordo com a análise, os artigos foram agrupados em duas categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstáculos encontrados no processo de doação: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O problema relacionado com a conclusão do protocolo de morte cerebral pode ser decorrente da falta de conhecimento dos profissionais sobre a obrigatoriedade da notificação prevista na lei</li> <li>○ Crescente desproporção entre a alta demanda por transplantes de órgãos e o baixo índice de transplantes efetivos</li> <li>○ As diferentes causas que alimentam essa desproporção, estão as falhas na identificação do potencial dador de órgãos e as contraindicações médicas mal atribuídas</li> <li>○ Urgência na adoção de medidas para estruturar os hospitais com recursos físicos, materiais, e tecnológicos necessários para o diagnóstico da morte cerebral e para a manutenção do potencial dador de órgãos</li> </ul> </li> <li>• Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos em morte cerebral <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A enfermagem assume um papel de extrema importância pois a prestação de cuidados de qualidade é imprescindível para a efetivação do sucesso da doação</li> <li>○ Estes cuidados configuram-se como um processo complexo e que requer melhor qualificação e maturidade emocional</li> <li>○ Os enfermeiros apresentaram conhecimento considerável em relação ao processo de doação, e menor em relação à manutenção do potencial dador de órgãos</li> <li>○ A implementação de programas de aprendizagens, melhoram as habilidades de comunicação de más notícias, podendo ser este o caminho para otimização das taxas de consentimento familiar</li> </ul> </li> </ul>
<b>Conclusões</b>	A prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos em morte cerebral ultrapassa o limite profissional-doente, evidenciando que o cuidado à família, neste momento tão crítico, é de extrema importância
<b>Estudo 7</b>	
<b>Título</b>	Management of nursing care to the brain dead patient

<b>Autor(es)/Ano/País</b>	Magalhães et al., 2019; Brasil
<b>Tipo de estudo</b>	Qualitativo
<b>População</b>	25 enfermeiros
<b>Objetivo</b>	Compreender a gestão do cuidado de enfermagem à pessoa em morte cerebral, na perspectiva dos enfermeiros que exercem na área da doação e transplantação de órgãos
<b>Resultados</b>	<p>- A partir do método de análise emergiram duas categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação das dificuldades relacionadas com a gestão do cuidado à pessoa em morte cerebral <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Limitações das infraestruturas, recursos humanos e recursos materiais</li> <li>○ Destaca-se a UCI como o serviço ideal para a prestação de cuidados à pessoa em morte cerebral</li> <li>○ Realização de formação às diferentes equipas, quer na prestação direta do cuidado quer de forma indireta, de modo que todos atuem de maneira integrada</li> </ul> </li> <li>• Compreender as ações realizadas pela equipa de enfermagem na gestão do cuidado à pessoa em morte cerebral <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Destaca-se a importância do trabalho em equipa e os cuidados com os esclarecimentos e acolhimento aos familiares</li> </ul> </li> </ul>
<b>Conclusões</b>	A gestão do cuidado à pessoa em morte cerebral requer um entendimento para além das esferas técnicas sendo necessário a desmistificação do significado da doação de órgãos para manutenção de várias outras vidas
<b>Estudo 8</b>	
<b>Título</b>	Intra-hospital commission on organ and tissue donation for transplant: nurses' experience
<b>Autor(es)/Ano/País</b>	Silva, et al., 2018; Brasil
<b>Tipo de estudo</b>	Qualitativo, descritivo
<b>População</b>	11 enfermeiros
<b>Objetivo</b>	Compreender as vivências dos enfermeiros da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT)
<b>Resultados</b>	<p>- A partir da análise de conteúdo emergiram três categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser enfermeiro e pertencer à CIHDOTT <ul style="list-style-type: none"> <li>○ É considerado profissional de referência e para desenvolver o seu papel na comissão torna-se imprescindível estabelecer um cuidado humanizado</li> <li>○ Embora estejam cientes da importância da sua prática, não se sentem valorizados profissionalmente, facto que justifica a desmotivação na realização desta função</li> </ul> </li> <li>• Abordagem familiar <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muitos familiares ainda não se sentem preparados quando abordados em caso de diagnóstico de morte cerebral</li> <li>○ O conhecimento da população sobre o tema morte cerebral é limitado</li> <li>○ A doação de órgãos e tecidos para transplantes é um tema extremamente sensível e complexo pelo fato de estar diretamente relacionado aos valores morais, éticos e religiosos das pessoas</li> <li>○ O corpo representa para os familiares a memória de uma vida que deveria ser guardada, portanto a não valorização desse período significaria um desrespeito</li> </ul> </li> <li>• Formação e capacitação dos profissionais de saúde <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Existência de fragilidades no ensino de graduação em enfermagem sobre esta temática</li> <li>○ É imperativo a atualização de conhecimentos, especialização, a fim de aprimorar o desenvolvimento das atividades.</li> </ul> </li> </ul>

<b>Conclusões</b>	A vivência na comissão é cometida por fragilidades e que a identificação delas propicia o desenvolvimento de estratégias para o aprimoramento do processo nas instituições
-------------------	--

## **Discussão**

A identificação precoce de potenciais dadores de órgãos, o reconhecimento da MC, a adequada abordagem da família e a manutenção clínica do dador são fundamentais para a diminuição da desproporção entre a emergência de transplantes e o número real de transplantes realizados (Costa et al., 2018; Magalhães et al., 2018). Embora a identificação de potenciais dadores de órgãos de pessoas em MC, seja o primeiro e mais importante passo do processo de doação, cerca de metade podem não estar a ser identificados (Trilikauskienė et al., 2020).

Apesar de todo o avanço da medicina e da evolução tecnológica da UCI estar integrada na prática de cuidados, capaz de manter artificialmente as funções de respiração e circulação, em muitas situações não é o suficiente para reverter os danos causados a nível cerebral, sendo a MC um dos danos irreversíveis, tornando-se de extrema importância saber identificar quando o doente atinge esta fase. A UCI, é assim eleita em todos os estudos, o serviço mais apropriado para o potencial dador de órgãos, pois oferece um ambiente de cuidado especializado, contínuo, onde os profissionais de saúde devem estar aptos na identificação de potenciais dadores em MC, pois a área da doação e transplantação é altamente especializada e requer equipas experientes, incluindo os enfermeiros, para que os resultados sejam promissores (Magalhães et al., 2019).

A falha na identificação ou a identificação tardia do doente em MC decorrentes de uma paragem cardiorrespiratória inesperada, instabilidade hemodinâmica ou infeções nosocomiais, pode conduzir à perda de órgãos. Uma grande percentagem de órgãos podem vir a tornar-se inviáveis, pois vão-se degradando paulatinamente desde o momento da MC (Knihs et al., 2019; Costa et al., 2018; Magalhães et al., 2019).

É importante que as intervenções dos enfermeiros se direcionem para uma identificação precoce, através do reconhecimento das alterações fisiopatológicas, em tempo útil, para que junto da equipa multidisciplinar, se possa instituir terapêutica adequada de forma a garantir a estabilidade hemodinâmica, a viabilidade, a quantidade e a qualidade dos órgãos para

transplante e assim conduzir de maneira adequada todo o processo complexo que é a doação de órgãos (Costa et al., 2018; Loeches et al., 2019; Magalhães et al., 2019).

A identificação de potenciais dadores é assim, o primeiro passo de todo o processo de doação e transplante e provavelmente aquele que produz maior impacto no número final de transplantes. A reduzida identificação leva a uma também reduzida notificação e conseqüentemente a uma baixa taxa de potenciais dadores de órgãos. O enfermeiro, pela sua proximidade junto do doente, na prestação de cuidados, ocupa uma posição privilegiada para a identificação precoce de um potencial dador de órgãos em MC (Knihš et al., 2019; Costa et al., 2018).

A falta de identificação e por conseguinte a falta de notificação do potencial dador em MC, representam fatores impeditivos à efetivação da doação, tornando-se fundamental a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no processo da doação, na busca de ações para diminuir a perda do potencial dador, visando assim elevar o número de doações e reduzir o sofrimento das pessoas que permanecem em lista de espera (Magalhães et al., 2019; Silva et al., 2018; Trilikauskienė et al., 2020).

O estudo de Costa et al., (2018), evidencia que os enfermeiros apresentaram conhecimento sobre o diagnóstico da MC e o papel do enfermeiro como membro da equipa multidisciplinar, demonstrando a importância de atuação deste profissional para a efetivação da doação de órgãos e a necessidade do constante aperfeiçoamento. No entanto, ainda segundo o mesmo estudo, os principais conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros no processo de doação de órgãos são: a dificuldade do profissional em aceitar a MC como sendo a morte da pessoa; a não aceitação em desconetar a pessoa em MC e não dadora de órgãos da prótese ventilatória; o desconhecimento do preenchimento do protocolo de MC; a falta de compromisso; a escassez de recursos humanos e materiais; a crença religiosa e a falha na comunicação (Costa et al., 2019; Souza et al., 2019).

Vários estudos ressaltam que a prestação de cuidados à pessoa em MC exige do enfermeiro, não apenas habilitações técnicas, mas também de múltiplos aspetos (físicos, biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, políticos e sociológicos) e que estão intimamente interligados. O facto de o profissional não conseguir lidar com algum desses aspetos poderá

condicioná-lo na prestação de cuidados e manter-se distante do doente e família (Costa et al., 2018).

Os profissionais também demonstram que, por vezes, são permeados por frustrações, tristeza e emoções que acabam por reprimir dentro de si, por se encontrarem em ambiente de trabalho. No entanto, também são acometidos de gratificação e felicidade quando a doação dos órgãos é concretizada e termina com resultados satisfatórios. Percebe-se pouca discussão sobre como os enfermeiros lidam com a MC e a doação de órgãos (Souza et al., 2019).

A importância do papel do enfermeiro da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes também foi enfatizada, visto serem considerados profissionais de referência, portadores de formação específica, peritos na área da doação de órgãos e, como tal, encontram-se sensibilizados para esta condição contribuindo assim para o aumento do número de transplantes, incentivando e apoiando as equipas na identificação e notificação de potenciais dadores de órgãos (Knihs et al., 2019; Magalhães et al., 2019; Silva et al., 2018).

A consciencialização dos profissionais de saúde para a colheita de órgãos e transplantação é de uma importância ímpar e também faz parte das competências do enfermeiro da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. No entanto, também se encontra evidenciado em alguns estudos, o descontentamento destes profissionais, pois não se sentem valorizados profissionalmente o que conduz à desmotivação e insatisfação do trabalho (Magalhães et al., 2019; Silva et al., 2018).

A falta de preparação assim como a desmotivação da equipa, para além de gerar stress profissional também acarreta sofrimento familiar, pois o conhecimento da população quando confrontados com o diagnóstico de MC ainda é limitado e para os familiares, o corpo representa a memória de uma vida que deveria ser guardada. Nos estudos analisados, os enfermeiros ressaltam que lhes falta preparação perante a correta abordagem à família do potencial dador de órgãos, o que compromete a eficácia do processo, sendo fundamental a formação e o aperfeiçoamento das equipas (Magalhães et al., 2019; Silva et al., 2018; Souza et al., 2019).

Todo o cuidado e formas de acolhimento e esclarecimento aos familiares pode facilitar e desmistificar medos que os permeiam, assim como a implementação de programas formativos para melhorar as habilidades de comunicação de más notícias. Na maioria das vezes, as primeiras informações são facultadas pela equipa médica, no entanto, os enfermeiros como parte integrante da equipa multidisciplinar, também auxilia na condução destas informações de forma empática e humana. É importante que os enfermeiros estejam cientes da importância da qualidade do seu desempenho e das repercussões dos seus cuidados, quer a nível técnico inviabilizando a possível doação quer a nível humano e relacional, pelo que é crucial um agir empenhado em toda a globalidade da pessoa (Costa et al., 2018; Loeches et al., 2019; Magalhães et al., 2019; Souza, et al., 2019).

## **Conclusão**

Esta *scoping review* demonstrou, que os cuidados especializados de enfermagem fazem diferença na identificação de potenciais dadores de órgãos de pessoas em morte cerebral que, por conseguinte, fazem diferença nas taxas de transplantação.

O processo de doação de órgãos é um processo complexo que tem vindo a ser aprimorado nas últimas décadas com o envolvimento e compromisso de muitos profissionais de saúde. No entanto, ressalva-se a necessidade da continuação de programas educativos para a sensibilização e qualificação profissional.

## Recomendações para a pesquisa

Pesquisas futuras, que evidenciem a postura dos enfermeiros perante a MC e a doação de órgãos.

## **2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

O desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro é fundamental para a construção da sua identidade profissional. Sendo a aprendizagem um processo pelo qual o comportamento se modifica em consequência da aquisição de novos conhecimentos e da experiência vivenciada, a reflexão sobre a prática é essencial à aquisição de competências. A possibilidade de aplicar conhecimentos teóricos aprofundados através do estudo, mas simultaneamente poder sedimentar novos conhecimentos adquiridos através da praxis, e da aprendizagem experiencial interpares, conduzem a um processo de mudança e transformação pessoal, com natural implicação no desenvolvimento de competências (Abreu, 2007; Corlett, 2015).

Os estágios constituem momentos de grande potencial de aprendizagem, permitindo o desenvolvimento da capacidade criativa, reflexiva e crítica, partindo dos conhecimentos e competências adquiridas.

Segundo Benner (2001, p.195), “a teoria é crucial para formular as perguntas certas a fazer numa situação clínica (...). O conhecimento contido na prática descobre e interpreta a teoria, precede e amplia a teoria e sintetiza e adapta a teoria na prática dos cuidados de enfermagem”. Segundo a mesma autora, o desenvolvimento de competências é um processo que difere entre cada pessoa, e que ocorre num espaço temporal, tendo por base as experiências do nosso dia a dia.

Neste capítulo analisa-se, de forma reflexiva, a experiência vivenciada nos campos de estágio, explanando as competências desenvolvidas e adquiridas, analisando também a experiência pessoal como enfermeira até ao momento. Segundo Benner (2005) no processo de aquisição e desenvolvimento de competências a experiência não se refere apenas à passagem do tempo, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais.

Como já foi mencionado anteriormente, e de acordo com a Benner (2001), o desenvolvimento de competências processa-se de acordo com vários estádios, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Com o percurso realizado durante os estágios visou-se alcançar o estádio de enfermeira perita na área da identificação de potenciais dadores de órgãos, que segundo Benner (2001,

p.58) “os peritos possuem uma compreensão intuitiva, capacidade de previsão, flexibilidade e um conhecimento fundamentado e contextualizado, que lhe permite prestar cuidados individualizados com base numa abordagem holística.”

Partindo do princípio, de compreender de maneira intuitiva cada situação e apreender rapidamente o problema do doente, agindo a partir de uma profunda compreensão da situação, com a finalidade de promover a melhoria do mesmo (Benner, 2001), escolhi locais específicos para a realização dos estágios.

De seguida é exibida a reflexão e análise das experiências vivenciadas e das competências desenvolvidas no âmbito das duas unidades curriculares, sendo que a primeira de “Vigilância e Decisão clínica”, contemplou o estágio de UCI e foi creditado, no entanto é feita uma breve abordagem do desempenho ao longo do meu percurso profissional. A segunda unidade curricular “Estágio Final e Relatório” englobou dois estágios, cada um de 180h, sendo que o primeiro estágio foi realizado no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) de um Centro Hospitalar de Lisboa e o segundo realizado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um Centro Hospitalar de Lisboa.

A escolha destes locais de estágio prendeu-se com o facto de querer compreender o trajeto realizado da pessoa em situação crítica, desde o primeiro contato pela VMER até à alocação dos órgãos. Outro fator que foi considerado foi pertencer ao mesmo Centro Hospital onde exerço funções, pois tornou-se facilitador, quer na gestão dos horários, quer na própria integração aos locais de estágio pois já conhecia a cultura organizacional, a estrutura física assim como algumas normas e protocolos.

Como o foco da aprendizagem visa o desenvolvimento da perícia numa área específica de enfermagem, que é a especialização, durante os estágios realizados foram tidas em consideração as competências comuns do enfermeiro especialista, definidas pela OE (Regulamento n.º 140/2019), em que os domínios de intervenção são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a OE define como

áreas de intervenção (Regulamento n.º429/2018): cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo 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.

Cada campo de estágio teve como guia orientador um Projeto de Estágio elaborado durante a primeira semana de estágio, sendo posteriormente apresentado e analisado em sala de aula. O objetivo geral transversal aos dois contextos de estágio passou por: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família.

### **2.1. Estágio creditado – Unidade de Cuidados Intensivos**

O meu percurso profissional iniciou-se, há cerca de 13 anos, com a prestação de cuidados de enfermagem num Centro de Saúde, exercendo funções em contexto de sala de tratamento e atendimento complementar, apoio à consulta médica e na realização de consultas complementares. Também exerci funções no serviço de medicina de um Centro Hospitalar e desde 2015 que me encontro a exercer funções na UCI – Neurocríticos e Trauma (NCT) de um Centro Hospitalar pertencente ao SNS, e desde 2019 que acumulo funções numa UCI – Polivalente de um Grupo Hospitalar privado.

As UCI dão resposta à prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda, grave, potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s) (Ministério da Saúde, 2013). Assim sendo, são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde – Direção de Serviços de Planeamento, 2003, p.6), devendo dotar-se de profissionais qualificados, treinados, com uma vasta experiência e ser detentores de conhecimento e competências.

A crescente incorporação da ciência e tecnologia à prática hospitalar, facilita o entendimento do outro na sua plenitude. Assim, dos enfermeiros é esperado que saibam agir, mobilizar

recursos e habilidades e transferir conhecimentos para resolver situações práticas e promotoras da melhoria da qualidade dos cuidados. Neste processo contínuo, aprendem a desenvolver respostas às exigências em cada área de atuação, conduzindo ao desenvolvimento de um perfil de competências (Locsin, 2017; Manenti, Ciampone, Mira, Minami, & Soares, 2012).

Ao longo do percurso, passamos por diferentes níveis de proficiência de aquisição de competências (Benner, 2001), posicionando-me assim, no nível de perita, não só pelos anos de experiência mas também pelas funções que desempenho em contexto de UCI, que passam, por exemplo, pela prestação de cuidados de enfermagem seguindo protocolos complexos ao doente politraumatizado, ao doente neurocrítico, ao doente neurocirúrgico, a pessoas submetidas a cirurgias complexas do aparelho digestivo carecendo, no pós-operatório imediato, de suporte com ventilação mecânica invasiva (VMI), doentes portadores de descompensações do foro médico e que necessitem VMI e/ou técnica de substituição da função renal. Realizo a colheita e registo de informações, aplico as várias escalas preconizadas em UCI. Implemento os protocolos e orientações no que diz respeito ao controlo de infeção, o protocolo de morte cerebral e manutenção do potencial dador de órgãos, entre outros. Participo em processos terapêuticos de estabilização, manutenção e recuperação do doente crítico, assim como, no domínio de equipamentos frequentemente manuseados em situação de instabilidade, decorrentes de doença aguda ou crónica, tais como, ventilador, monitor de PIC (monitoring of tissue oxygen pressure), DVE (drenagem ventricular externa), DLE (drenagem lombar externa), PRX (pressure reactivity index), EEG (eletroencefalograma) contínuo, PICCO (pulse contour cardiac output), BIS (bispectral index), PIA (pressão intra-abdominal), TOF (train-of-four), INVOS (sistema de oximetria regional, não invasivo, cerebral e somático), eletrocáteter, pacemaker externo. Colaboro em várias técnicas como, por exemplo, broncofibroscopias, eco transesofágicas.

Colaboro também em pequenos atos cirúrgicos, eletivos, ou urgentes como traqueotomia, colocação de cateter de PIC, drenagens torácicas, entre outros. Executo transportes intra e inter-hospitalares de doentes críticos. Integro enfermeiros recém-admitidos ao serviço, oriento alunos de enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, cumprindo os planos preconizados e as respetivas avaliações. Colaboro na formação em serviço, como formanda e como formadora na elaboração e apresentações de um procedimento setorial denominado: Cuidados de enfermagem ao doente com hemorragia subaracnoideia aneurismática, assim

como a participação e apresentação do Póster, do procedimento setorial descrito anteriormente, em sala plenária nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa (Anexo1). Integro grupos de trabalho sobre a prática de enfermagem, plataformas de registos e na elaboração de um manual de integração para enfermeiros recém-admitidos ao serviço.

Prossigo com a descrição das principais atividades, de forma resumida e dirigida ao potencial dador de órgãos, tendo em conta o tema de interesse que serviu de base para a realização da *scoping review*, que não só permitiu obter conhecimento científico baseado em evidência que fundamenta a prática, como permitiu desenvolver competências no domínio da investigação, concorrentes para o grau de mestre.

A pessoa em situação crítica internada em UCI necessita de cuidados de enfermagem altamente qualificados, sendo estes muitas vezes caracterizados por um grande suporte tecnológico, entre eles, os dispositivos de monitorização hemodinâmica, destacando-se os métodos invasivos. A competência tecnológica é uma expressão do cuidar, na medida em que permite conhecer a pessoa como um todo, permite vigiar e documentar cuidados. A informação fornecida pela tecnologia deve ser triada pelo enfermeiro, que tem como foco a pessoa no seu todo e não o equipamento. A interpretação de dados é uma atividade humana, que deve ser desempenhada com expertise pelo enfermeiro, não deixando que a tecnologia substitua o cuidar (Locsin, 2005).

Por vezes, a pessoa sente que a tecnologia ensombra as suas necessidades básicas e que o trabalho tecnológico é priorizado face aos restantes cuidados, no entanto, os enfermeiros experientes usam a tecnologia apenas como complemento da sua *performance* (Tunlind, Granström, & Engström, 2015).

Como refere Benner (2005, p. 24), “os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas”.

Uma outra forma de minimizar a falha na identificação de potenciais dadores, patente também no Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação (2011), é a existência de fluxogramas para o seguimento da pessoa em situação crítica com vista à

doação de órgãos, para assim uniformizar a triagem e assistência. Como refere Matesanz (2010), os hospitais com uma boa interligação entre os serviços de urgência, UCI e GCCT têm resultados superiores à média.

Tendo em consideração esta medida, no Centro Hospitalar onde exerço funções, existe um Procedimento multissetorial, com orientações que se encontram anexas num fluxograma que descreve o processo que regula a triagem e assistência aos doentes adultos neurocríticos. Também constam, orientações relativamente ao trajeto do potencial dador, e qual o momento que este deve ser referenciado ao GCCT.

Relativamente ao Grupo Hospitalar privado, apenas um Hospital do Grupo tem protocolo com um GCCT vinculado a um Centro Hospitalar o que conduz à perda de potenciais dadores. Torna-se assim urgente, a mudança de visão dos estabelecimentos privados sobre a doação e transplantação a fim de, no futuro, virem a ser assinados mais protocolos com os GCCT, pois a reduzida referenciação de potenciais dadores conduz a uma baixa taxa de transplantação.

Aquando a identificação do potencial dador de órgãos, e durante todo o seu processo de manutenção até à colheita, desempenha um papel relevante na otimização da função de órgão, assim como na participação durante a realização das provas de MC. A estabilização hemodinâmica, a identificação e antecipação de focos de instabilidade são áreas onde interveio pela vigilância e monitorização intensiva, visando a possibilidade de serem instituídas medidas terapêuticas adequadas para que assim, um potencial dador se torne num dador efetivo.

A MC é um processo complexo que num curto espaço de tempo conduz, inevitavelmente, a alterações fisiológicas significativas. A múltipla disfunção de órgãos que advém da instalação da MC, requer uma vigilância criteriosa, monitorização ininterrupta e cumprimento de protocolos terapêuticos complexos, mantendo o foco e a preocupação de preservar a qualidade do maior número de órgãos para transplante.

Os enfermeiros são parte fundamental em todo esse processo. Daí, a abordagem inicial à pessoa em situação crítica ser realizada no sentido de promover a reversibilidade da sua descompensação aguda e/ou falência orgânica. Nesta altura, direciono o meu foco de

cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa a vivenciar uma situação emergente, não descurando o bem-estar psicossocial, espiritual e o alívio da dor. Contudo, quando a reserva fisiológica não permite ultrapassar a situação crítica e a evolução se faz no sentido da instalação da MC, no momento seguinte os cuidados prestados passam a ser direcionados à manutenção do potencial dador de órgãos e já não à pessoa.

É imprescindível que os profissionais de saúde esclareçam qualquer dúvida e conceitos errados aos familiares, para que estes tomem consciência e percebam que o seu ente querido não irá recuperar nem ficar melhor com terapêuticas adicionais ou reabilitação prolongada (Bonalumi, 2011, p. 174).

Importa assim relevar a importância da tomada de consciência da irreversibilidade do quadro de MC, pelo profissional e familiares, e que essa consciencialização conduza à possibilidade de sinalização da condição de potencial dador, visando o aproveitamento dos órgãos para o transplante (Cavalcante et al., 2014).

Deparo-me, muitas vezes, com o dilema de prestar cuidados a uma pessoa considerada clinicamente morta, porém ainda com características de uma pessoa com vida. Embora morta, representa uma fonte de órgãos viáveis que podem ser utilizados noutras pessoas, constituindo um sinónimo de esperança, para alguém que aguarda por um transplante. É importante que o enfermeiro olhe para o dador de órgãos não como um fim em si mesmo, mas como um meio capaz de proporcionar a transição não daquele de quem cuida, mas daquele que anseia por ser transplantado – a qualidade dos cuidados que presta pode fazer toda a diferença na qualidade de vida de quem recebe os órgãos (Cavalcante et al., 2014).

Por manutenção entende-se a abordagem clínica do potencial dador com o objetivo de manter os órgãos viáveis até à sua colheita para transplante, tão necessária dada a desproporção entre a procura de órgãos e o número de órgãos disponíveis para esse mesmo fim, o que constitui um problema universal (OMS, 2009). Essa manutenção deve ser iniciada após o diagnóstico de MC e consiste em contrariar o curso normal dos acontecimentos de modo a preservar os órgãos para transplante, já que a MC vai levar inevitavelmente à morte somática.

Para Lima et al. (2013) e Westphal et al. (2011), muitos dos problemas relacionados com o défice de órgãos disponíveis, prendem-se com falhas nos processos de reconhecimento de MC, da abordagem que é feita aos familiares e da precária manutenção clínica do potencial dador, uma vez que na perspetiva destes autores, os cuidados ao dador, por vezes não são objeto da devida valorização, sendo a padronização e a celeridade destes procedimentos, claramente associados ao aumento do número de órgãos transplantados, à diminuição da perda de dadores por colapso cardiovascular e ao aumento da sobrevivência pós transplante.

A manutenção do potencial dador de órgãos apresenta relação direta e proporcional ao desfecho final do procedimento. Se for feita de forma adequada, assistida por protocolos e profissionais capacitados, aumenta a probabilidade de sucesso do transplante e de funcionalidade do órgão mais tempo no recetor. Em contrapartida, atitudes não orientadas ou não protocoladas estão diretamente relacionadas com a falência do órgão transplantado, precoce ou tardiamente (Erlacher et al., 2014).

Por este motivo, os cuidados prestados não devem ser descurados, dado que um potencial dador com boa função e perfusão de órgão poderá proporcionar, através do transplante, uma melhor qualidade de vida a mais de dez pessoas, possibilitando a transição de um estado de doença para uma situação de saúde. Neste caso, o efeito da transição é duradoura e requer a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades que capacitem a pessoa a lidar com uma situação nova na sua vida, requer uma alteração de comportamentos e a redefinição do seu eu no contexto social (Meleis et al., 2000).

De todos os momentos vivenciados na UCI, o acontecimento mais marcante e mediático até ao presente, e que vai ficar na memória, foi fazer parte da equipa multidisciplinar envolvida na manutenção de órgãos, de uma grávida a quem foi declarada MC. Inicialmente os cuidados prestados foram na direção da manutenção de uma potencial dadora de órgãos e como tal, para fins de transplante, mas rapidamente se direcionou para a manutenção de órgãos para fins de desenvolvimento do feto, conseguindo-se prolongar artificialmente as funções vitais da mãe. Para além das questões éticas levantadas, também foram levantadas várias questões técnicas para que fossem reproduzidas todas as condições e substâncias necessárias à gestação do bebé, com a mãe em suporte avançado de vida. Perante a situação, a família encontrava-se a vivenciar momentos de ambiguidade, por um lado a morte de um ente querido, e por outro, o nascimento de uma criança e, portanto, uma nova vida a caminho.

Duarte et al. (2004) referem, que reforçados os aspetos técnicos inerentes à manutenção do dador de órgãos deve ser efetuado um adequado acolhimento e suporte à família, ajustando a informação às necessidades da mesma, apoiando-a emocionalmente.

Neste sentido, a minha abordagem aos familiares do potencial dador de órgãos sempre foi pautada pelo respeito e empatia. As famílias devem ser preparadas para a má notícia e as explicações podem ter de ser repetidas várias vezes. É preciso ter em conta que a MC constitui, na maioria das vezes, uma situação inesperada, e que existem ainda muitos mitos em torno da mesma.

Santos e Massarolo (2005), sugerem que nunca se deve abordar a temática da MC conjuntamente com a doação de órgãos, sendo que após o esclarecimento da situação de MC, deverá ser dado tempo à família para esta interiorizar essa problemática. Os mesmos autores defendem, que antes de ser abordada a doação de órgãos, deverá haver uma perceção sobre o estado emocional dos familiares, pois poderá comprometer a compreensão de toda a situação. O enfermeiro precisa saber identificar o tipo de transição que a família está a vivenciar, para assim elaborar um plano de cuidados adequado às suas necessidades reais, tendo em mente que o processo de transição se caracteriza pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada pessoa (Meleis, et al., 2000).

Nestas situações, são várias as estratégias comunicacionais que podem ser utilizadas, sendo por vezes o silêncio bastante relevante. Devemos também ter em atenção as expressões faciais, os gestos, a postura ao transmitir a notícia. Tem de ter noções básicas, de forma clara, respeitando sempre as crenças, religião e tradições familiares, sendo o discurso adaptado ao nível social e cultural da família e ser sempre em ambientes com o máximo de privacidade possível, contendo um ambiente calmo e acolhedor (Caple & Schub, 2014).

O apoio emocional, a compreensão e também a explicação dos procedimentos, assim como das várias etapas e dos aspetos legais são fundamentais para a consciencialização, aceitação e para uma transição saudável, dando lugar ao reequilíbrio (Melais, 2000).

A habilidade em comunicar constitui um fator fundamental em todo este processo interativo. Segundo Pereira (2005), para levar a cabo a comunicação interpessoal, as habilidades comunicacionais revelam-se fundamentais para proporcionar cuidados de qualidade. Assim, torna-se imprescindível que os enfermeiros desenvolvam estas habilidades de forma a permitir relações interpessoais com qualidade, numa relação única que permita a satisfação das necessidades dos outros, não esquecendo que são pessoas com valores e crenças diferenciadas, que importa considerar e respeitar (Organización Nacional de Trasplantes (ONT), 2011).

Seguindo esta linha de pensamento, procuro sempre comunicar com os familiares utilizando uma linguagem clara e não técnica, direta e concisa, de forma a possuírem conhecimento dos factos e dos fundamentos das decisões que são tomadas, segundo as suas possibilidades de compreensão e de entendimento. Dada a proximidade de interação, os enfermeiros são profissionais muito bem posicionados para apoiar e assistir os familiares tanto a compreender o diagnóstico de MC e doação de órgãos, como respondendo a questões e dúvidas que estes apresentem, pois, o desconhecido gera ansiedade.

Como refere Maria João Aguiar, ex-coordenadora nacional das unidades de colheita de órgãos, tecidos e células para transplantação), citada em Machado (2009), nunca se endurece na abordagem. Não existem maneiras, não existem carapaças para chegarmos a uma família em luto e dizer que estamos ali para colher órgãos. Todos sofremos e choramos com as famílias, mas depois também temos a recompensa de ver renascer os doentes transplantados.

Uma das áreas também de extrema relevância, é a prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, sendo transversal a todos os doentes. No contexto do potencial dador de órgãos existe um alto risco de infeção relacionado com a falência de resposta do sistema imunitário. Consciente deste facto, mantenho um escrupuloso cumprimento das normas e protocolos de prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, durante os cuidados que presto, tanto pelo presente risco de infeção e respetiva transmissão, como pelos múltiplos procedimentos invasivos (tudo endotraqueal, acessos vasculares, entre outros). A adoção desta atitude pode fazer toda a diferença no número de órgãos colhidos e na efetivação dos transplantes.

Segundo Pestana et al. (2013), o reconhecimento tardio da MC para além de conduzir a instabilidade hemodinâmica, metabólica e eletrolítica pode conduzir também a infeções com a perda do potencial dador de órgãos e, conseqüentemente, a perda da esperança de melhorar a qualidade de vida de outras pessoas.

No entanto, segundo Becker et al. (2014) e Liberato et al. (2012), a exclusão do dador de órgãos, baseado em critérios de infeção, está cada vez mais posto de parte, pelo que não se deve interromper a manutenção caso surjam colheitas positivas ou diagnóstico de infeção. Devem repetir-se as culturas, iniciar-se antibioterapia caso esteja indicado e dar conhecimento deste facto ao Coordenador Hospitalar de Doação e ao GCCT.

## **2.2. Estágio no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação**

Ao longo do meu percurso profissional sempre foi uma constante a curiosidade em aprofundar conhecimentos relativamente ao processo inerente que ocorre desde a referenciação do potencial dador, ao GCCT, até à alocação dos órgãos, pois são áreas que mobilizam um grande conjunto de conhecimentos e competências técnicas, jurídicas e relacionais.

Para além das razões que levaram a seleccionar este local de estágio, já mencionadas anteriormente no presente relatório, foi também o fato de ser um GCCT de referência, pois a sua rede de referenciação compreende 22 hospitais: 6 hospitais que integram o próprio Centro Hospitalar, aos quais se adicionam mais 16 hospitais públicos e privados da região metropolitana de Lisboa, Ribatejo, península de Setúbal, Alentejo e Algarve, bem como a região autónoma da Madeira. Considero assim, um local de estágio com um grande potencial de aprendizagem, permitindo adquirir conhecimentos, melhorar competências e aperfeiçoar o meu desempenho.

O GCCT integra, a tempo inteiro, 4 profissionais: um enfermeiro, que é o diretor do gabinete, uma técnica superior, uma enfermeira e uma assistente operacional. Todavia, para dar resposta à realização das colheitas, o GCCT articula com várias equipas que integram o Centro Hospitalar, em função dos órgãos a colher. Encontra-se dividido em 3 áreas de trabalho: o gabinete propriamente dito, uma sala no piso intermédio do hospital utilizada como arquivo dos processos e reuniões e uma área técnica onde se encontra todo o material

necessário para as colheitas bem como arcas frigoríficas, máquinas de gelo e frigoríficos onde são guardadas as córneas, temporariamente, após serem colhidas.

Importa fazer referência que durante o período de estágio, em gabinete, não houve prestação de cuidados de enfermagem diretos, de acordo com o que engloba o objetivo específico: desenvolver competências de enfermagem especializadas na área da doação de órgãos que passa por observação das constantes revisões de instruções de trabalho, de procedimentos setoriais e multissetoriais a fim de contribuir para a melhoria da qualidade, observação das intervenções do GCCT e de todos os procedimentos a realizar desde a referência até à alocação dos órgãos e o acompanhamento da equipa de colheita durante o ato cirúrgico.

Em Portugal, a atividade encontra-se dividida por cinco GCCT: Hospital de São José – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Santo António – Centro Hospitalar Universitário do Porto, Centro Hospitalar Universitário de São João e Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. De acordo com a Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio, cada GCCT deve ter as condições necessárias para a organização da atividade que desenvolvem e ao ajuste das necessidades dos doentes a aguardar transplante.

Os GCCT são estruturas autónomas dotadas de recursos humanos especializados na área da coordenação de colheita e transplantação, de equipas pluridisciplinares para a realização da colheita de órgãos nos dadores identificados, e de outros profissionais indispensáveis ao controlo da qualidade da atividade, bem como todos os elementos necessários ao seu adequado e eficaz funcionamento (Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio, 2008).

A atividade de coordenação de colheita e transplantação de órgãos inicia-se com o contato telefónico, ao respetivo GCCT para referência do potencial dador, assegurando o GCCT uma escala de 24/24 horas, dispondo de um sistema de contato permanente que lhes permite garantir uma resposta eficaz aquando da referência de um potencial dador, em qualquer um dos hospitais da sua rede de referência e, também fazer a gestão das ofertas dos outros gabinetes ou de origem internacional. Para além de toda a formação necessária para coordenar um GCCT, existem qualidades necessárias que estes profissionais devem apresentar, tal como a disponibilidade e o espírito de liderança para fazer face a toda a pressão sentida durante o processo de doação. Sem elas e sem uma grande capacidade de

trabalho, de entrega e motivação seria impossível alcançar os exigentes fins. Ainda assim, é exigido conhecimento em diferentes áreas, tanto técnica como jurídica para se poder encontrar a resposta a todos os eventuais obstáculos que possam surgir (ONT, 2011).

Ao longo dos anos, a intervenção dos enfermeiros na área da coordenação de colheita e transplantação tem-se desenvolvido positivamente em Portugal, centrando-se na coordenação das equipas de doação e transplante, na gestão de dados e na informação, formação e investigação (Martín *et al.*, 2008).

Foi possível a observação de várias consultas ao RENNDA, sendo este o primeiro passo a efetuar, pelos coordenadores de colheita e transplante do GCCT, quando é referenciado um dador elegível, tendo sempre presente a obrigatoriedade de manter o sigilo profissional sobre as informações a que tinha acesso e que me eram confiadas por via do exercício profissional, que de outra forma não teria conhecimento. Do mesmo modo, há que manter o sigilo relativamente aos dados pessoais aquando da doação efetiva, quer do dador como dos recetores dos órgãos. É nesta envolvência que desenvolvemos as competências específicas: “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional” (Regulamento n.º 140/2019, OE, 2019).

Os profissionais autorizados a realizar esta consulta, têm de recolher a identificação correta do dador elegível, preferencialmente através do número do SNS ou se desconhecido, através do cartão de cidadão/bilhete de identidade ou passaporte (Procedimento setorial TRC.1059, 2019).

Reforço que este consentimento não depende da espontaneidade e do altruísmo de cada um, uma vez que a procrastinação e a inércia da população são fatores capazes de tornar a taxa de doação inferior à vontade de doar. Neste sistema todo o cidadão adulto é dador por defeito, a menos que escolha não o ser e se registre como não dador (Vicente, 2014). Foi um assunto debatido com o orientador pois, na UCI-NCT, quando a família se opõe à doação, o GCCT é solicitado para reunir com a família. No entanto, em algumas situações de forte oposição à doação, avançar para o processo de colheita pode implicar um efeito prejudicial para a imagem social da colheita de órgãos, imagem essa que se pretende evitar.

Meleis et al. (2000), consideram que a preparação anterior da família facilita o processo de transição, além de que o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão de transição também são facilitadores, cumprindo o enfermeiro um papel essencial na adaptação.

Neste ponto de vista, e ainda segundo a autora supracitada, a transição consiste num processo de passagem de um estado de saúde para outro, não querendo apenas referir-se a situações de doença. Desta feita, e enquanto processo, a transição caracteriza-se por se repercutir ao nível cognitivo e afetivo com possibilidade de se projetar na capacidade de os familiares se adaptarem à ideia de o seu ente querido ser um potencial dador de órgãos.

No caso de existir registo no RENNDA, o processo pára, não havendo lugar à doação. Se não existir registo no RENNDA, a equipa a prestar cuidados ao potencial dador, em articulação com o GCCT, providencia a colheita das amostras de sangue do dador para testes de virologia e de histocompatibilidade, para serem analisadas no respetivo Centro de Histocompatibilidade (Barradas, 2010).

De acordo com o estabelecido no Decreto-lei n.º 222/2007 de 29 de Maio, revogado pelo Decreto Lei n.º 22/2012 de 30 de Janeiro, cabe aos Centros de Histocompatibilidade a programação e a realização dos estudos laboratoriais necessários à transplantação de órgãos, a manutenção de uma aplicação informática para a gestão da lista de espera para a transplantação e a seleção do par dador-recetor. Os Centros de Histocompatibilidade articulam-se funcionalmente a nível nacional, mantendo, para o efeito, a designação comum de Lusotransplante.

Através de pesquisa bibliográfica e da orientação em estágio, foi possível criar uma sólida base de conhecimentos no que concerne a orientações nacionais e internacionais, nesta área de interesse. Decifrei finalmente, o significado das letras e números que constituem o código que passa a identificar o dador de órgãos a fim de garantir o anonimato, que apesar de na minha prática clínica o ter de registar após ser facultado pelo GCCT, nos respetivos formulários não tinha conhecimento do seu significado.

O registo do potencial dador é feito pelo GCCT no programa informático de Registo Português de Transplantação (RPT), ao qual também tive acesso, onde ficam armazenados

todos os dados do dador relativamente à avaliação clínica como análises clínicas, exames complementares de diagnóstico, a consulta ao RENNDA, entre outros. Começou a ser registado em 2019 e surgiu da necessidade de uniformizar os registos, manter a rastreabilidade durante todo o processo e permitir a transparência do mesmo. Todas as informações passam a ficar assim disponíveis para consulta pela Unidade de Transplante (UT), permitindo a estes a avaliação do órgão e a seleção do potencial recetor mais adequado, incrementando a segurança do recetor (Procedimento setorial ADD.1078, 2019).

O procedimento de alocação de órgãos, inicia-se com a transmissão de dados médicos do dador ao GCCT, a análise de toda a história médica e dos dados laboratoriais específicos fornecidos pelo centro de histocompatibilidade, seguido da avaliação da existente ou não, de pedidos super urgentes/urgentes que se encontrem ativos. No caso da existência de algum pedido ativo, o GCCT informa da oferta do órgão, registando no RPT a alocação do referido órgão em pedido à respetiva UT, que esta comunicará a aceitação/recusa do órgão, considerando os critérios de compatibilidade do recetor (Procedimento setorial ADD.1078, 2019). De forma a coordenar eficazmente a colheita e transplantação de órgãos, os GCCT articulam-se entre si e com as unidades de colheita e de transplantação, bem como com os CHD e os centros de histocompatibilidade, garantindo a atempada colheita e transplante de órgãos (Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio, 2008).

Quando em Portugal não existe um recetor compatível, para qualquer um dos órgãos colhidos, estes, são oferecidos à ONT de Espanha, pois o intercambio de órgãos constitui uma forma importante de aumentar o número de órgãos disponíveis e assegurar uma melhor compatibilidade entre dador e recetor, melhorando assim a qualidade do transplante (Diretiva 2010/53/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, 2010).

Trata-se de um processo complexo pois envolve a coordenação de várias equipas em simultâneo incluindo as equipas de transportes, meio terrestre ou meio aéreo – como o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Força Aérea Portuguesa (FAP) ou Guarda Nacional Republicana (GNR) – entidades estas com o qual o GCCT tem protocolos, com vista à realização de procedimentos seguros e sem incidentes.

Com a aceitação do potencial dador, a decisão de quais os órgãos a colher e após as segundas provas de MC, o dador multiorgânico é transportado para o bloco operatório (BO) para se proceder à colheita de órgãos para transplante.

Particpei, várias vezes, na preparação de todo o material/equipamento necessário à realização da colheita, desde o instrumental cirúrgico, solutos de preservação de órgão, malas térmicas, gelo (estéril e não estéril), dispositivos médicos, etc, seguindo a checklist existente na sala técnica onde se encontra todo o material necessário para as colheitas. Posteriormente todo o material é transportado para BO do hospital onde se encontra o dador pelas equipas de colheita que também tive a oportunidade de acompanhar, quer por meio terrestre, por transportes afetos ao GCCT, quer por meio aéreo. Tive a oportunidade de experienciar o transporte por meio aéreo duas vezes, através da FAP, na primeira vez a deslocação foi até à Madeira e a segunda foi ao Algarve. A escolha do tipo de transporte é avaliada segundo a distância a percorrer e a disponibilidade nos meios aéreos, as condições atmosféricas e tendo em conta o tempo de isquémia fria dos órgãos a colher.

Num dador multiorgânico, o GCCT tem de se articular com as várias equipas que envolvem o processo de colheita e transplante de órgãos. Neste caso a equipa de colheita do BO é uma peça essencial para que todo o processo seja bem sucedido. No entanto, não só é imprescindível a capacidade técnica exigida para a colheita e transplantação de órgãos, como também é fundamental ser conhecedor de todo o complexo processo que envolve a colheita, quer a nível de protocolos, quer na confirmação de checklist's para se poder garantir que todos os critérios sejam cumpridos, de modo a garantir a qualidade dos órgãos a transplantar. Pelo referido pude desenvolver a competência específica: “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

Este local de estágio proporcionou-me um crescendo de aprendizagens e experiências vivenciadas e a possibilidade de ir ao BO assistir a uma cirurgia major onde se efetua a extração dos órgãos, foi uma delas, pois a sala de BO é um ambiente ao qual não estava familiarizada.

Com a chegada do dador à sala operatória, este é monitorizado de forma a garantir a estabilização cardiorrespiratória e preparado para a intervenção cirúrgica. A equipa é constituída por dois enfermeiros (1 instrumentista e 1 circulante) com formação específica

em colheita de órgãos, estritamente selecionada e que exercem funções no BO do hospital ao qual o GCCT pertence, cumprindo uma escala rotativa, por um anestesista que pertence ao hospital onde se encontra o dador, e que está presente desde a receção do dador no BO até à clampagem da aorta ou à laqueação da traqueia nas situações de colheita de pulmão, podendo depois abandonar a sala operatória. Da equipa fazem também parte cirurgiões gerais, que exercem funções no mesmo Centro Hospitalar do GCCT, para colheita de órgãos abdominais.

Quando existe possibilidade de colheita de órgãos torácicos (coração e/ou pulmão), ou córneas, deslocam-se equipas específicas do Centro Hospitalar para realizarem a colheita desses órgãos. Para além destas equipas, também se encontravam presentes na sala operatória a equipa escalada, de enfermeiros e assistentes operacionais, do hospital onde se encontravam os dadores a fim de auxiliarem com a reposição de material em falta ou no esclarecimento de possíveis dúvidas acerca do funcionamento dos equipamentos presentes na sala operatória, pois uma cirurgia de colheita multiorgânica integra o funcionamento do BO no contexto de Cirurgia de Urgência, pelo que deverá receber o apoio dos profissionais da equipa afeta a esta atividade (Procedimento setorial, TRC.1666, 2019)

A equipa de enfermagem é responsável pela preparação do material cirúrgico que é utilizado, mediante o tipo de colheita. O enfermeiro instrumentista para além de possuir conhecimentos específicos na área da instrumentação, cumpria os protocolos estabelecidos e zelava pela segurança do ato e da equipa cirúrgica. Por outro lado, o enfermeiro circulante era responsável pela organização, pela gestão, mantendo-se em contacto com o GCCT, além de apoiar o enfermeiro instrumentista e restante equipa.

Previamente à receção do dador eram sempre preparadas duas mesas, sendo que, numa era colocado todo o instrumental cirúrgico necessário à colheita, e noutra mesa eram colocadas taças com gelo picado finamente, esterilizado e picado no momento, e material para a irrigação / perfusão após a extração dos órgãos.

Ao longo do ato cirúrgico, os cirurgiões e o enfermeiro circulante iam-me explicando os procedimentos e a importância da inspeção e exploração sob visualização direta dos órgãos, no sentido de avaliar a cor e textura e excluir anomalias, focos infecciosos, neoplásicos ou outros achados que comprometessem e/ou contraindicassem a utilização do órgão para

transplante. Das colheitas que tive oportunidade de assistir, em apenas uma delas foi excluído um órgão após a sua avaliação, os pulmões. Este órgão já tinha sido avaliado e aceite por uma unidade de transplante (UT), com base nos exames complementares de diagnóstico e análises laboratoriais, no entanto após a realização de uma fibroscopia e da inspeção manual constatou-se que não se encontravam com viabilidade para transplantação. Desta forma, ficou sem efeito o acordo que tinha sido previamente feito, entre o GCCT e os cirurgiões torácicos, de os acompanhar após a extração do órgão, para assim experienciar o ato cirúrgico de transplantação do órgão no recetor. Entretanto não voltou a surgir oportunidade, pois nas colheitas seguintes, os pulmões não constavam da lista de órgãos aceites pelas UT e por esse motivo não eram extraídos.

Todo o tipo de transmissão de informação e conhecimentos foi importante para o meu desenvolvimento em sala de BO pois, a partir da segunda colheita que tive oportunidade de assistir, consegui ser mais proactiva na ajuda à equipa e contribuir ao assumir as funções, em algumas situações, do enfermeiro circulante.

O primeiro momento do ato cirúrgico que me impressionou foi após a esternotomia poder visualizar a anatomia in loco. Recordo, a primeira colheita que presenciei ter sido possível observar o coração em fibrilhação. Ser possível visualizar os batimentos do coração lembrava-me do facto, que embora aquela pessoa já estivesse morta, os seus órgãos ainda tinham vida e iriam melhorar a qualidade de vida de alguém.

Acompanhei várias equipas de colheitas, mas independentemente das equipas que eram escaladas, senti sempre uma relação de cumplicidade entre os vários profissionais e todos trabalhavam com um único objetivo: a qualidade da colheita dos órgãos. O trabalho em equipa é fundamental para o sucesso de todo o procedimento. No entanto, era visível um pico de tensão nos cirurgiões aquando o momento da clampagem da aorta, sendo a hora exata em que ocorre registada, pois é a partir dessa hora que se inicia a fase da isquemia fria dos órgãos e o dador deixa de ter circulação e é iniciada a infusão intravascular com soluto de preservação. A complementar as perfusões de preservação, o gelo picado estéril era colocado junto aos órgãos a serem colhidos, para facilitar o arrefecimento, pois a hipotermia é a base do processo de preservação dos órgãos, por diminuir a velocidade de degradação enzimática, reduzir o metabolismo celular e manter a viabilidade da célula, e deve ser

efetuada o mais rápido e homoganeamente possível (Procedimento setorial TRC.1666, 2019).

O período que medeia a suspensão da perfusão do órgão e a sua reperfusão (após implantado no recetor) é denominado de tempo de isquemia fria, sendo que existem tempos específicos de isquemia fria aceitáveis para cada tipo de órgão, no entanto, estes devem ser os menores possíveis. É geralmente consensual que tempos de preservação curtos estão associados a um melhor funcionamento subsequente dos órgãos (IPST, 2013).

Após o término das perfusões de conservação, inicia-se a extração dos órgãos onde é respeitada a sequência de acordo com o tempo de isquemia que cada órgão isoladamente tolera, assim, a sequência era: coração, pulmão, fígado, pâncreas e rins. Fiquei a perceber que os órgãos colhidos em BO, vão em “bruto”, com veias e patck de artéria para posterior transplante, e posteriormente nas UT são devidamente preparados para implante.

Após a colheita dos órgãos, estes eram analisados individualmente na mesa cirúrgica, por um dos cirurgiões, para se perceber a qualidade da perfusão, e os acondicionava, separadamente, em três sacos estéreis, sendo que, o primeiro saco continha o órgão imerso em soluto de preservação, o segundo e o terceiro sacos continham um pouco de gelo picado, entre si e o anterior, sendo espoliado todo o ar do interior aquando do encerramento.

Depois eram colocados em malas térmicas com gelo e devidamente seladas e identificadas. Neste processo, tinha o cuidado de garantir que o gelo que envolvia o órgão não ficava a exercer pressão excessiva sobre o mesmo e na identificação das respetivas malas certificava-se do correto preenchimento do rótulo de identificação, fornecido pelo IPST.

Durante os poucos segundos decorridos entre o ato de pegar nos sacos com os órgãos e a colocação dos mesmos nas respetivas malas térmicas, ocorriam-me dois pensamentos. O primeiro pensamento era de ter nas mãos, literalmente, a vida ou a melhoria da qualidade de vida de alguém, o outro estava relacionado com a minha prática na UCI e o impacto que a identificação de potenciais dadores e a qualidade dos cuidados prestados na sua manutenção, têm no número de órgãos colhidos e na sua viabilidade.

Desde o estágio até então, tenho um papel mais ativo na UCI a fim de sensibilizar, informar e envolver os pares, acerca da importância do papel do enfermeiro na identificação precoce do potencial dador e na importância dos cuidados de enfermagem na manutenção do dador. Pois, partindo de novos conhecimentos, saberes e competências, o enfermeiro torna-se veículo de mudança comunicando sobre a prática, os resultados e fazendo propostas fundamentadas de mudança, para que a restante equipa compreenda, o que se faz, como se faz e porque se faz. O interesse demonstrado pelo tema, por parte dos pares, evidenciada através da colocação de questões e verbalização de práticas alteradas e mudanças de comportamentos e atitudes, contribuem para a prestação de cuidados de saúde de excelência, na ótica da melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Aqui sublinhamos o desenvolvendo da competência específica: “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; planeia programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, OE, 2019).

O GCCT sempre pautou a sua ação de informação e divulgação junto dos seus profissionais da relevância da identificação e monitorização de possíveis dadores, no intuito de maximizar o potencial de doação. Neste contexto sempre que existem colheitas, é enviado um comunicado para os coordenadores hospitalares de doação e para todos os profissionais envolvidos na identificação e manutenção do dador, com a informação de quais os órgãos e tecidos colhidos e o número de pessoas que tiveram acesso à possibilidade de uma via melhor, sendo esta informação gratificante e motivadora.

Importa referir que os cuidados ao corpo do cadáver foram acautelados mantendo o respeito pela dignidade da pessoa humana, evitando-se mutilações ou dissecações desnecessárias, que podessem alterar/deformar o corpo ou prejudicar a realização de autópsia, se tiver sido solicitada. No final da colheita, o cirurgião responsável relata, por escrito, toda e qualquer observação que possa ser útil à realização de autópsia. Esse relatório é colocado em envelope fechado, identificado com vinheta do dador e deverá seguir com o corpo para a casa mortuária. Finalizada a cirurgia de colheita de órgãos, é da responsabilidade dos enfermeiros a realização dos cuidados ao corpo sendo condignamente reconstituído, respeitando os procedimentos em vigor nas várias instituições onde decorre a colheita (Procedimento setorial TRC.1666, 2019).

Uma das preocupações da família é o medo da alteração da integridade física do falecido, o que faz com que a família veja muitas vezes a doação como uma mutilação e não como um ato cirúrgico. Segundo Bartucci (2003), os familiares ficam muitas vezes preocupados com a interferência da doação num funeral com caixão aberto, devendo ser-lhes garantido que o doente manterá uma aparência normal e que a doação não impede esse tipo de funeral, desenvolvendo assim, a competência específica: “Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

É visível o suporte dado pelo GCCT às equipas de colheita, no esclarecimento de dúvidas, na informação de intervalos de tempos e garantia que os mesmos eram cumpridos. Numa colheita que envolva a extração de mais do que um órgão ou tecido é inquestionável o envolvimento de vários profissionais, sendo-me difícil de descrever o número de chamadas realizadas com o serviço/hospital onde o dador se encontra, com a UT, com a equipa de colheita, com o centro de histocompatibilidade. É fundamental um grande profissionalismo, organização e orientação da equipa de coordenação para garantir que não haja falhas no sistema organizativo que condicionem a viabilidade de algum transplante.

Presenciei várias referências de possíveis dadores de órgãos, por vezes referências efetuadas simultaneamente e provenientes de serviços e até de hospitais diferentes, e a respetiva agilização de todo o processo inerente, incluindo referências provenientes da UCI onde exerço funções. Sendo que, uma delas teve a particularidade de ter estado presente no GCCT aquando da referência e posteriormente na UCI participei nas primeiras e segundas provas de MC e prestei-lhe cuidados de enfermagem inerentes à manutenção e viabilização dos órgãos para transplante. Após indicação do GCCT, já com aceitação dos órgãos pelas UT, recetores escolhidos e todas as equipas intervenientes cientes do seu tempo e momento de intervenção, transporte o dador para o BO. Como coincidiu com o término do meu período de trabalho, também participei no ato cirúrgico da colheita de órgãos.

Importa ressaltar que ao longo deste percurso a família não foi por mim descurada, sendo parte integrante do processo de cuidados. Desde o início do processo do cuidado ao doente em MC, a equipa de profissionais promove o respeito pela dignidade humana na morte, assim como garante a adequada comunicação aos familiares (Cavalcante et al., 2014). Considero ser um momento de grande complexidade e responsabilidade, uma vez que requer

compreensão de todo o processo envolvido, de modo a fornecer informação explícita de grande impacto emocional.

Importa pois referir que neste processo e percurso formativo foram desenvolvidas as competências específicas: “Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos; demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

Santos et al. (2012), dizem-nos que cuidar dos elementos da família de um dador é tão importante como a manutenção do próprio dador, sendo que o vínculo de confiança que a família estabelece com os profissionais ajuda na aceitação da doação. Para tal, o enfermeiro necessita assim de identificar o tipo de transições que a família está a vivenciar (Meleis et al., 2000).

Tal como refere Ochoa (2004), todo o processo de doação e transplante de órgãos provoca um elevado nível de stress. Ao nível do recetor, porque sabe que para receber um órgão alguém tem de morrer, e mesmo que consiga realizar o transplante podem ocorrer complicações e até mesmo a rejeição do órgão (Melo et al., 2012). Ao nível do dador de órgãos, pela instabilidade hemodinâmica que se pode instalar comprometendo a possibilidade de doação, podendo induzir stress nos profissionais. Ao nível das famílias do dador e do recetor, pela ansiedade e angústia associada à situação vivenciada.

Após alguns dias do transplante obtém-se o resultado das microbiologias colhidas ao dador, quer das hemoculturas e outras amostras colhidas na UCI, quer das amostras de líquido das lavagens dos órgãos colhidas no BO, sendo possível perceber como se processa quando os resultados obtidos são positivos e quais as implicações para os recetores.

O GCCT teve em curso um projeto de investigação-ação que tinha como objetivo reduzir a contaminação microbiológica do líquido de preservação de órgão no peri operatório, que com o desenvolvimento do projeto, permitiu identificar os momentos de potencial risco de

contaminação dos órgãos, no período, peri operatório, e introduzir alterações na prática cirúrgica.

Era notória a preocupação com o controlo da infeção, desde a equipa do GCCT até às equipas de colheita e transplantação, pois é neste ponto que as intervenções de enfermagem adquirem especial importância, possibilitando cuidados individualizados providos de segurança e valor, o que possibilitou também o desenvolvimento da seguinte competência específica: “Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

Para além da coordenação de colheita de órgãos e tecidos, um procedimento que era realizado era o levantamento de todos os óbitos ocorridos no Centro Hospitalar, com a finalidade de identificar potenciais dadores de córneas que não tinham sido reconhecidos como tal pelas equipas de serviço, sendo que a sua deteção pode ocorrer nos vários serviços do hospital, a fim de diminuir o número de potenciais dadores não referenciados. Estes dados eram colocados numa base de dados e posteriormente divulgados aos vários serviços, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da colheita de córneas.

### **2.3. Estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

Ao prestar cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica em meio hospitalar, encontro-me num ambiente minimamente controlado, pois o ambiente hospitalar tem todos os recursos disponíveis em minutos e existe uma articulação rápida com uma extensa equipa multidisciplinar. No caso do extra-hospitalar, a equipa multidisciplinar exerce a sua atividade profissional frequentemente num ambiente complexo, em resultado da natureza imprevisível da maioria das situações clínicas, mais exposta a fatores externos, mais permeável a influências, traduzindo-se normalmente em cenários de grande exigência, de grande carga emocional e, portanto, num ambiente do qual não possui o total controlo.

Por estas razões sempre tive a curiosidade em conhecer diretamente a realidade da prestação de cuidados de enfermagem onde tem de existir uma grande capacidade de adaptação ao meio envolvente, como acontece na emergência extra-hospitalar, daí ter escolhido estagiar

neste contexto, que de outra forma não teria oportunidade. O objetivo específico delineado para este estágio foi: desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica em contexto de emergência pré-hospitalar, mais propriamente na VMER.

O outro objetivo específico passava por: desenvolver competências na identificação de potenciais dadores em contexto de emergência extra-hospitalar, no entanto, não foi desenvolvido no contexto da prática, por falta de oportunidade pois não houve contato com potenciais dadores de órgãos, e também por sugestão da enfermeira orientadora, pois, à semelhança do que referem Jelinek et al. (2012), na área da emergência é necessária formação sobre doação de órgãos e para além disso, Neate et al. (2012), referem que a reduzida referenciação também se deve à falha na identificação do potencial dador, principalmente na emergência extra-hospitalar.

O exercício de enfermagem é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados, obtendo-se desta forma ganhos efetivos em saúde, nomeadamente a diminuição da taxa de mortalidade e morbilidade (Regulamento n.º 226 de 16 de Abril, 2018).

A necessidade de aliar a eficácia, a segurança e a rapidez exigem do enfermeiro uma prática fundamentada na evidência e alicerçada num adequado domínio de todas as suas competências. Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar (OE, 2007).

A emergência extra-hospitalar sempre foi uma área de cuidados de grande interesse pessoal e profissional, pois envolve o doente crítico, um certo grau de adrenalina e um vasto conjunto de conhecimentos, competências, sentimentos, emoções e fragilidades que emergem de forma súbita perante a gestão dos cuidados de enfermagem.

A VMER é um meio diferenciado de emergência do INEM. Integra uma equipa constituída por médico e enfermeiro e foi concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente. Tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, dispondo de equipamento de suporte avançado de vida. Atuam na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e têm base hospitalar, disponível 24 horas por dia, 365 dias por ano (Ministério da Saúde, 2014).

Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar várias equipas e fui orientada por diferentes enfermeiros, esta diversidade permitiu-me conhecer diferentes formas de trabalho, de organização, de lidar com a emergência, com a pessoa em situação crítica e com a família no extra-hospitalar. Porém também foi possível observar diferentes formas de lidar com o stress, com a dor, com o sofrimento e com a morte.

No início de cada turno colaborava na verificação e reposição das malas com os respetivos materiais, realizava testes e verificação de todo o equipamento de suporte à monitorização, desfibrilhação e ventilação. Nesta VMER, em particular, o enfermeiro era frequentemente o membro da tripulação com mais anos de experiência profissional, transmitindo muitas vezes segurança e confiança ao médico de serviço, sendo as tomadas de decisões sobre procedimentos e protocolos frequentemente discutidas.

A equipa demonstrava ter uma excelente relação profissional, o que favoreceu a minha adaptação à dinâmica organizacional. Possuem um elevado grau de conhecimentos teóricos e práticos, competências de liderança, gestão de recursos materiais, adaptação a condições ambientais e sociais adversas, assim como, capacidade psicológica e emocional para dar resposta às necessidades. Desta forma, a minha integração foi um processo fluido e tentei ser um elemento ativo e presente nos procedimentos que suportavam a prestação de cuidados de enfermagem.

Considero ter sido uma mais-valia, para o desenvolvimento de competências de forma a promover cuidados holísticos à pessoa e família, baseados na evidência e na qualidade as reflexões e as interrogações ao longo do estágio, pois tiveram um papel primordial e fundamental no meu desenvolvimento teórico-prático, ao estimularem a autonomia, o

pensamento crítico e a responsabilidade, para além de ter que mostrar iniciativa e criatividade na procura de respostas e soluções para os problemas detetados.

Uma breve atualização de conhecimentos no início do estágio relativamente aos tipos de meios de emergência, quem os constitui, que competências lhes são atribuídas, como é feita a articulação com o CODU, a compreensão da dinâmica desde a chamada telefónica do cidadão para o 112 até à ativação do meio de emergência adequado, foi facilitador no processo de compreensão da emergência extra-hospitalar.

Verifiquei o contato constante da VMER com o CODU aquando de uma ativação, desde a saída da base hospitalar até à estabilização da vítima e abandono do local para a unidade de saúde ou para a base da VMER, através de diferentes STATUS que são códigos numéricos digitalizados no rádio móvel pelas equipas de emergência pré-hospitalar para informar o CODU em que fase da ativação a VMER se encontra, sendo que em muitas das situações tive a oportunidade de ser o elemento de ligação.

O enfermeiro deve ser detentor de formação humana, técnica e científica adequada para prestar cuidados em qualquer situação, particularmente em contextos de maior complexidade e constrangimento, munido de competências específicas que lhe permitam atuar de forma autónoma e interdependente, integrado numa equipa e em rigorosa articulação com o CODU e no respeito pelas normas e orientações definidas (OE, 2007).

Neste percurso formativo e neste contexto, foi um processo crescendo de aprendizagens e experiências vivenciadas com a deslocação da equipa até aos diferentes locais onde se encontravam os doentes. O facto de entrar na casa das pessoas ou no seu local de trabalho, ou abordar o doente na rua ou onde quer que se encontrasse, apresentando-se, na maior parte das vezes, rodeado dos seus familiares, amigos, colegas e/ou pessoas que o auxiliaram aquando do evento, foi no início um elemento causador de alguma ansiedade e nervosismo, pois a estabilização do doente é feita no local e portanto na maioria dos casos sob a “pressão” e observação por parte dessas pessoas.

No entanto, quando as situações ocorriam em locais públicos não se descurou o respeito pelo valor humano e teve-se sempre que possível em consideração o direito da pessoa à privacidade, pois são situações inesperadas em que as pessoas que as vivenciam passam por

uma fase de sofrimento e ficam vulneráveis pois perdem o controlo pelo seu próprio corpo. Deste modo, a dignidade deve ser preservada de forma a aliviar o sofrimento, sendo fundamental no cuidado (Abelsson & Lindwall, 2017).

É importante referir que a família, amigos, colegas e/ou pessoas que auxiliaram o doente aquando do evento não foram descoradas, pois também elas, se encontravam a vivenciar momentos de fragilidade devido à imprevisibilidade da situação e/ou risco de vida.

Na maioria das vezes eram poupados à visualização da avaliação feita pela equipa ou da reanimação do doente, com o cuidado de pedir aos presentes para saírem da divisão onde se encontrava o doente e assim garantir a sua privacidade e evitar a exposição a imagens para as quais poderiam não estar preparados. No entanto, também pode ser gerador de uma angústia ainda maior por parte dos familiares e amigos, pelo facto de não saberem o que se passa do outro lado da divisão, daí ser necessário uma boa gestão.

Quando o evento ocorria num local público tornava-se mais difícil de controlar, mas quando possível, era pedido a alguém que afastasse o familiar e o confortasse no momento até que algum dos elementos da equipa conseguisse dirigir-se a ele.

Após uma transmissão de más notícias ou notificação de morte, os membros da família ou pessoas significativas tornavam-se alvo de cuidados no período imediato. A forma como a notícia é transmitida e todo o acompanhamento após, devem ser bem definidos e planeados, uma vez que os familiares recordarão durante anos os eventos daquele dia, incluindo as palavras utilizadas e as atitudes dos profissionais (Shoenberger et al., 2013).

O enfermeiro tem um papel fundamental, tanto na notificação como no contínuo suporte da pessoa que perdeu o ente querido. Os enfermeiros do extra-hospitalar devem estar preparados não só em termos técnicos, mas também para a prestação de suporte emocional à pessoa em situação crítica e família sempre que necessário (Brown, 2016). Como defende Meleis (2011), o enfermeiro ajuda a pessoa a vivenciar o processo de transição da melhor forma possível.

Perante estes fatores e pelo atrás referido, este estágio permitiu-me desenvolver as seguintes competências específicas: “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação

terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

A emergência extra-hospitalar para além de nos permitir entrar na vida social e familiar destas pessoas, permite-nos observar o contexto em que vivem, em que condições vivem e a fragilidade da vida. Um facto que me sensibilizou e que me fez refletir foi verificar a falta de suporte familiar de algumas pessoas, assim como a falta de condições estruturais e higiénicas.

Relativamente às condições ambientais, estas, raramente foram as ideais para a prestação de cuidados, o que exigiu uma grande capacidade de improvisação e adaptação aos diferentes contextos, aplicando-se sempre os conhecimentos científicos, baseando a prática para o melhor interesse do doente, sem prejudicar a excelência do desempenho e sem causar demais danos à vítima. Como refere Deodato (2008) o enfermeiro, através da sua prática profissional assegura o direito ao cuidado dos cidadãos.

Todos os profissionais envolvidos acabavam por reunir um conjunto de estratégias de forma a enfrentarem os desafios diários, garantindo assim cuidados de excelência. Segundo Sá et al. (2015), a falta de tempo, a ausência de recursos e a priorização constante dos cuidados à pessoa em situação crítica e família são dificuldades encontradas e relatadas pelos enfermeiros no extra-hospitalar.

O estágio permitiu-me consolidar conhecimentos e competências no que respeita à observação rápida do doente com uma história, muitas vezes, desconhecida, diagnósticos precoces para chegar à causa do evento crítico, avaliação atenta de sinais e sintomas, despiste de complicações imediatas e prioridades nas intervenções, com uma grande diferença relativamente ao intra-hospitalar, em que se verifica a inexistência de exames complementares de diagnóstico para além do eletrocardiograma.

Todas as avaliações foram baseadas na observação atenta, auscultação, experiência e intuição clínica de forma a corrigir o imediato. Aprimorei a minha observação crítica,

decisão autónoma e responsável, estabeleci prioridades, identifiquei situações que careciam de intervenção imediata e monitorização, preparei fármacos ou material de ventilação que antecipava serem necessários, sendo que a destreza e as competências técnicas não foram de todo uma dificuldade. Assim e pelo descrito foram desenvolvidas as seguintes competências específicas: “Identifica prontamente focos de instabilidade; responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

Durante este processo, o controlo de infeção do ponto de vista da segurança, foi igualmente um aspeto importante e assegurado, daí ter também desenvolvido a seguinte competência específica: “Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

De acordo com a WHO (2019), as infeções associadas aos cuidados de saúde tornaram-se num problema global, que merece especial atenção por parte da equipa multidisciplinar, uma vez que afeta centenas de pessoas todos os anos. Melhores práticas reduzem significativamente o risco de infeção, evitando por consequência o acréscimo do tempo de internamento, o aumento da resistência antimicrobiana e o agravamento da incapacidade do doente a longo prazo (Allegranzi, 2016).

Também contribuiu para o meu desenvolvimento, a equipa ter-me nomeado para team leader em muitas das situações. Destaco uma das ocorrências, por termos sido ativados para uma abordagem/gestão de multivítimas no contexto de um acidente automóvel, do qual resultaram duas vítimas. Apesar do aparato e do nervosismo inicial, pelo facto de sair da minha zona de conforto, consegui fazer a avaliação primária das vítimas de acordo com o protocolo ABCDE, identifiquei as necessidades, estabeleci prioridades e prestei os devidos cuidados de emergência, registando aqui as competências específicas: “Salvaguarda condições de segurança; adequa resposta em situação de trauma; realiza triagem primária e

secundária; proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; define prioridades de atuação” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

A emergência multivítimas é definida como uma situação que abrange um elevado número de vítimas, de forma a modificar o funcionamento usual dos serviços de emergência e a prestação de cuidados de emergência. Este conceito pressupõe ainda a existência de um conjunto de procedimentos de emergência com o propósito de proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (OE, 2011).

Ao longo do estágio presenciei activações com vários níveis de gravidade e foi interessante perceber a dinâmica do percurso da pessoa em situação crítica desde o local da emergência, até à unidade hospitalar referenciada, sendo que em algumas situações, consegui dar continuidade dos cuidados na UCI-NCT aos doentes que careciam de internamento e vigilância em contexto de UCI. Contudo, muitas foram as situações geradoras de stress, por serem situações e ambientes diferentes, principalmente quando as activações eram para crianças. Como refere Benner (2001), os enfermeiros com nível superior de competência numa dada área podem ser classificados como principiantes quando expostos a uma situação desconhecida.

O sistema informático de apoio para realização de registos é o ITEAMS: Inem Tool for Emergency Alert Medical System. Embora o registo da informação contemple o nome do enfermeiro e do médico, era feito maioritariamente pelo médico, no entanto foi-me possível aperfeiçoar continuamente essa atividade, principalmente devido à plataforma de registo ser desconhecida até então. Para além dos registos no sistema ITEAMS, garantia a continuidade dos cuidados através da transmissão de informação à equipa multidisciplinar, desenvolvendo as seguintes competências específicas: “Garante a continuidade dos cuidados registados e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis; demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência; gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência” (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

Devido às características específicas do extra-hospitalar, nomeadamente o confronto direto com a pessoa em situação crítica, e muitas vezes com a incapacidade em salvar o doente/vítima, exige das equipas uma postura equilibrada, comportamentos éticos, organização e eficácia na tomada de decisão para uma assistência adequada e qualificada,

assumindo a comunicação uma importância relevante, como em qualquer outro contexto de prestação de cuidados. Tendo bem presente que a comunicação com o doente crítico e família, tem um papel preponderante devido à situação de crise em que se encontram, envolvidos muitas vezes em cenários de incerteza e imprevisibilidade em relação ao diagnóstico, prognóstico e a própria reestruturação familiar, tentei de forma constante melhorar as minhas competências comunicacionais.

No âmbito da comunicação de más notícias, segui uma metodologia específica, devidamente fundamentada e testada, à qual recorri enquanto ferramenta útil e eficaz. Assim, e enquanto facilitador da comunicação de más notícias, segui o protocolo de Robert Buckman, que descreve de forma sucinta e estruturada as etapas necessárias à melhor gestão desde processo. O protocolo proposto é composto por seis passos, correspondentes à sigla SPIKES – Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Strategy) (Procedimento multissetorial COM.108).

É fundamental que a comunicação se estabeleça de forma efetiva entre o doente/vítima, família e profissionais de saúde, assumindo um papel vital no processo de cuidados no extra-hospitalar, pois em virtude do trauma ou doença súbita, os doentes e seus familiares não possuem o tempo adequado para se adaptarem à crise gerada pelo sucedido (Smeltzer, 2005).

Porém, devido à necessidade de uma intervenção rápida, competente e eficaz, levava, por vezes, os profissionais de saúde a relegarem para segundo plano a comunicação com os familiares dando privilégio à avaliação e tentativa de estabilização das funções vitais.

Era visível a coordenação forte e estruturada entre os elementos da equipa. A complementaridade entre médico e enfermeiro deve estar assente numa relação de confiança e espírito de equipa. O trabalho em equipa nos cuidados de saúde resulta num aumento da efetividade, eficiência, satisfação pessoal e do doente, bem como na diminuição do stress (Kilmer & Sheppard, 2009)

### 3. CONCLUSÃO

O presente relatório surge como uma etapa final de um longo percurso formativo concorrente e muito subsidiário do meu crescimento profissional e pessoal. Nele se destacam as experiências vivenciadas, nos diferentes contextos clínicos, numa envolvimento reflexiva realçando as competências específicas, especializadas e de mestre desenvolvidas.

Cuidar da pessoa em situação crítica é sem dúvida um desafio complexo, pois para além da mobilização dos conhecimentos teóricos e competências técnicas, requer por parte do enfermeiro competências relacionais, encarando a pessoa como um ser único, desenvolvendo uma visão holística e humanizada dos cuidados.

O percurso iniciou-se com a realização de um projeto de estágio, desenvolvido na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, tendo o mesmo sofrido várias alterações a fim de ser reajustado às competências pretendidas. Na pretensão de ter bases para fundamentar a área escolhida, recorri a pesquisa via internet, bases de dados científicas, literatura cinzenta, artigos e revistas científicas.

A par desta pesquisa, tendo como base científica a realização de uma *scoping review*, a linha de pensamento que me permitiu traçar um percurso orientado na prática, visando o estágio de perícia, foi o modelo teórico de aquisição de competências de Patrícia Benner, com o referencial teórico de suporte a teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis, nunca esquecendo os aspetos éticos e deontológicos que norteiam a profissão de enfermagem.

Quanto aos locais de estágios escolhidos, estes proporcionaram uma grande diversidade de oportunidades de aprendizagens, saberes e interações com situações, pessoas e equipas que me permitiram obter a capacidade para direcionar a minha ação no sentido da obtenção da qualidade e excelência dos cuidados. Cada campo de estágio foi essencial para o desenvolvimento profissional, tanto na área da pessoa em situação crítica como na área da identificação de potenciais dadores de órgãos.

Um dos ganhos obtidos com este percurso foi a capacitação para a compreensão do processo global da doação de órgãos. Adquiri e assimilei a importância da responsabilidade

profissional dos enfermeiros em todos os contextos pelos quais o potencial dador passa, nunca descorando a família, como sendo parte fundamental em todo o processo. Torna-se evidente que os enfermeiros que possuem maior conhecimento na área da doação de órgãos têm uma atitude mais positiva no decorrer de todo o processo e estão mais habilitados para oferecer apoio à família do dador de órgãos.

As oportunidades vivenciadas no decorrer deste percurso, resultante da experiência suportada num vasto leque de situações, permitiram-me, de uma forma global, alcançar os objetivos a que me propus.

A elaboração do presente relatório proporcionou-me uma reflexão sobre o realizado conduzindo-me à consciencialização do conhecimento aprofundado e das competências adquiridas ao longo deste percurso nos diferentes contextos práticos.

Enquanto estudante de Mestrado, um objetivo também alcançado constou na participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: Enfermagem Especializada – Uma voz para o humanismo, através de Poster (Apêndice 1), promovido pela Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo 2).

Neste percurso formativo tive também a oportunidade de conhecer novas realidades, que de outra forma não era possível, refletir sobre elas, e constatar que os cuidados prestados à pessoa em situação crítica, nomeadamente as intervenções de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos em contexto de MC, são passíveis de serem melhoradas, através do enaltecimento das intervenções de enfermagem especializadas.

Relativamente às dificuldades durante todo este processo, estas prenderam-se com a sobrecarga horária e a conciliação do horário do local de trabalho e com a dificuldade da transcrição reflexiva da prática para um documento escrito, não pela dificuldade em refletir mas sim pela dificuldade em transformar os pensamentos em frases com sentido, recorrendo a uma linguagem concisa de forma a reproduzirem a realidade vivenciada, comprometendo assim o prazo de entrega do relatório.

Quanto aos ganhos pessoais, no meu local de trabalho, constato que a equipa me reconhece como um elemento de referência entre os pares, pretendendo continuar com a pesquisa de informação atualizada com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne a pesquisas futuras, seria relevante o desenvolvimento de mais estudos acerca da postura dos enfermeiros perante um potencial dador de órgãos, a MC, a doação de órgãos e a abordagem da família, no sentido de uma intervenção especializada.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelsson, A., & Lindwall, L. (2017). *What is dignity in prehospital emergency care?* *Nursing Ethics*, 24(3), 268–278. <https://doi.org/10.1177/0969733015595544>.

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Aguiar, M. I. F. [et al.] (2010). Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (3), p. 353-60.

Allegranzi, B. (2016). Health care without avoidable infections. The critical role of infection prevention and control, 1–16.

Barcelos, M. D., & Neves, M. P. (2009). Reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos: entre o respeito pela autonomia e a exigência de solidariedade. *Revista Portuguesa de Bioética*, 7, 23-42.

Barradas, J. F. G. (2010). *Atitudes dos enfermeiros perante a morte cerebral e transplantação de órgãos*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia- Especialização em Psicologia da Saúde. Faro.

Bartucci, M. R. (2003). *Intervenção em Pessoas com Transplantes de Órgãos / Tecidos*. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed., pp. 2501-2534). Loures: Lusociência.

Becker, S. [et al] (Janeiro/Junho de 2014). *A Enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial dador*. SANARE, Sobral, 13(1), p. 69-75.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bonalumi, N. (2011). Doação de Órgãos e Tecidos. In P. K. Howard, & R. A. Steinmann, *Sheehy Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6ª ed., pp. 168-177). Loures: Lusociência.

Caple, C. (2014). *Organ Donor (Non-living): Care of. Nursing Practice & Skill*. ICD-9, 00.93.

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

Comissão Europeia (2003). *Human Organ Transplantation In Europe: An Overview*. Luxemborg.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1991). *Parecer sobre Transplantes de Tecidos e Órgãos*.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2006). Parecer sobre a proposta de Lei 65/X (Alteração à Lei n. 12/93, de 22 de Abril - Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana), 1–13.

Costa, K.L., Morais, C.S., Machado, M.M., Carvalho, L.F.R. (2018). Nursing assistance to organ donor potential in encephalic death: integrative review. *Brazilian Journal of Surgery and Critical Research*, 23 (2)

Cruz, J. (2004). Morte Cerebral. Do conceito à Ética. Lisboa: Climepsi Editores. - Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Novembro de 1994. Diário da República I Série-B. 235. Ministério da Saúde

Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Outubro de 1994. Diário da República no 235-I-B Série. Ministério da Saúde.

Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (1996). *Diário da República n.º 205/96, I série-A*, Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-lei n.º 39/2012 de 16 de Fevereiro (2012). *Diário da República n.º 34/2012, 1ª série*, Ministério da Saúde. Lisboa.

Deodato, S. (2008) *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade*. Coimbra. Almedina. ISBN 978-972-40-3401-0.

Despacho n.º 5975/2019 de 28 de junho (2019). Gabinete da Ministra. *Diário Da República 2.ª Série N.º 122 de 28 de Junho de 2019*, 18535–18536.

Despacho Normativo n.º 712/94 (1994). *Diário Da República - I Série - B, N. 235 - 11-10-1994*, 6160. Ministério da Saúde. Lisboa.

*Diário da República, 1.ª série - N.º 34 - 16 de fevereiro de 2017 (2017)*. Resolução da Assembleia da República n.º 24/2017. Ministério da Saúde. Lisboa.

Dias, C., Ribeiro, A., Abelha, F., Duarte, F., Campos, M. M., & Carvalho, M. (2008). *Norma para Diagnóstico de Morte Cerebral*. Porto: Hospital São João.

Duarte, M. M. F., Salviano, M. E. M., & Gresta, M. M. (2004). *Assistência de Enfermagem*. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 592-598). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Emergency Nurse Association (2004). *Role of the emergency nurse in tissue and organ donation*.

Erlacher, R. G. N. [et al] (2014). *Cartilha Técnica - Doação de Órgãos para Profissionais de Saúde*. Central de Transplantes do Espírito Santo.

Faria, M. (2015). *Qual o envolvimento dos enfermeiros junto dos doentes transplantados e dadores de órgãos*. Projecto de investigação. Porto. Universidade Fernando Pessoa.

Franke, C., Machado, F. O., Friedman, G., Andrade, J., Matos, J. D., Lamgaro, D. M., Neto, B. H. F. (2012). *Guidelines for Maintenance of Adult Patients With Brain Death and*

Potential for Multiple Organ Donations: The Task Force of the Brazilian Association of Intensive Medicine the Brazilian Association of Organs Transplantation, and the Transplantation Center. *Transplantation Proceedings*, 44, 2260–2267. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.07.019>.

Freire, I. L. S. [et al.] (2014). Compreensão da equipa de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. *Enfermería Global*, (36), p. 194-207.

Gafo, J. (2011). *Bioética*. Lisboa: Paulus Editora.

Garside, M., & Garside, J. (2010). Role of urgent care staff in organ donation. *Emergency Nurse*, 18 (6), 28-30.

Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2013). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação. Comité Europeu. 5ª Edição.

Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2021). Atividade Doação e Transplantação 2020. *Nota de imprensa* IPST.

Jelinek, G. A. [et al] (2012). Organ and tissue donation-related attitudes, education and practices of emergency department clinicians in Australia. *Emergency Medicine Australasia*. p. 244-250.

Johnson E.J. & Goldstein D. (Nov 2003). Do defaults save lives. *Science*. Vol. 302 pp. 1338-1339

Kalra, G., & Desousa, A. (2011). Psychiatric aspects of organ transplantation. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 2(1), 9–19. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90063-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90063-9)

Kilner, E., & Sheppard, L. A. (2009). The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 18, 127–137.

Knihs, N.S., Magalhães, A.L.P., Santos, J., Wolter, I.S., Paim, S.M.S. (2019). Organ and tissue donation: use of quality tool for process optimization. *Esc Anna Nery*, 23 (4), e20190084. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0084>

Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho (2007). Diário da República n.º 124- I Série. Assembleia da República.

Lei n.º 12/93 de 22 de Abril (1993). Diário Da República - I Série-A N.º 94 - 22-4-1993, 1961–1963. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 36/2013 de 12 de Julho (2013). Diário da República n.º 112- I Série. Assembleia da República.

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

Liberato, S. M. D. [et al] (2012). Nursing care of the potential donor of organs after brain death: integrate review. *Revista Enfermagem UFPE*. 6(10), p. 2521- 2526. ISSN: 1981-8963. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v6i10a7496p2521-2526-2012>

Lima, C. S. P., Batista, A. C. O. & Barbosa, S. F. F. (2013). Perceções da equipa de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. *Revista eletrónica de enfermagem*, 15 (3), p. 780-90. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17497>

Locsin, R. C. (2005). Technological Competency as Caring in Nursing: A model of Practice.

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

Locsin, R. C., & Purnell, M. (2007). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. *International Journal for Human Caring*, 11(1), 38–43.

Loeches, M. I., Sandinumenge, 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.  
<https://doi.org/10.1007/s00134-019-05574-5>

Machado, V. (2009). *Doação de Órgãos: Em Luta pela Vida*.

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

Magalhães, A.L.P., Oliveira, R.J.T., Ramos, S.F., Lobato, M.M., Knih, N.S., Silva, E.L. (2019). Management of nursing care to the brain dead patient. *Rev enferm UFPE*, 13 (4): 1124-32

Magalhães, R. A., Sanches, M. D. & Pereira, W. A. (2004). Doador. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 202-203). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan

Manenti, S., Ciampone, M., Mira, V., Minami, L., & Soares, J. (2012). O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 727–733.  
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300027>

Martín, S., Martínez, I., Uruñuela, D. (2008). El papel de la enfermería en la Oficina Central de la ONT. In R. Matesanz, *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes* (2.a ed., pp. 61-66). Madrid: Grupo Aula Médica.

Matesanz, R. (2010). Papel de los servicios de urgencias y emergencias en la donación de órganos. *Emergencias*, 22, 68–71.

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

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

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and progress*. (5ª edição) Lippincott Williams & Wilkins, Londres.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Melo, G.B. [et al] (2012). Os sentimentos das pessoas que aguardam por um órgão ou tecido na fila de transplante. *Jornal Brasileiro de Transplantes*, 15, 3, p. 1661-1669. ISSN 16783387.

Mendes, S. (2014). Mesmo protegido pela lei, a doação de órgãos ainda é tabu. RFI Português.

Ministério da Saúde (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal.

Ministério da Saúde (2016). Objeção à doação de órgãos para transplante.

Ministério da Saúde. Despacho nº 5561/2014 (2014). Atividade de emergência médica. Diário da República: 2ª série, Nº 79, 11123-11124

Ministério as Saúde – Direção de serviços de planeamento (2003). Cuidados intensivos. Recomendações par o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Gera de saúde.

Monteiro, A., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas, P., Cardoso, T. (2013). *A Oculta Face do Coma - O despertar do desconhecido*. Loures: Lusodidacta.

Neate, S. [et al] (2012). Australian emergency clinicians perceptions and use of the GIVE Clinical Trigger for identification of potential organ and tissue donors. *Emergency Medicine Australasia*. 24, p. 501-509.

Neto, B. H. F. (2010). A evolução dos transplantes no Brasil. *Jornal do IX Congresso Luso Brasileiro de Transplantação*. (2), p. 3.

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

Ochoa, L. M. (2004). El Proceso de Donación y Trasplante de Órganos. Alcalá La Real: Formación Alcalá.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar.

Ordem dos enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialias*. Lisboa: OE.

Ordem do Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011), 25118-25120*

Organização Mundial de Saúde (2009). Global glossary of terms and definitions on Donation and Transplantation. World Health Organization. Geneva.

Palmeiro, V. [et al] (2014). Uma experiência no País vizinho com dadores de coração parado. *I Congresso Internacional - A pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Enfermagem-Universidade do Minho, p. 32. ISBN 978-989- 98852-0-2.

Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto e contexto enfermagem*, 14 (1), p. 33-7.

Pestana, A. L. [et al.] (2013). Pensamento e cuidados do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45 (1), p. 258-64.

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 Version)*. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pinto, P. (2014). Cuidar na doação de órgãos: um percurso de aquisição de competências. *Nursing Magazine Digital*.

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

Procedimento multissetorial COM.108 (2018). Comunicação de más notícias. CHULC. Lisboa

Procedimento setorial ADD.1078 (2019). Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação. Referenciação de potencial dador em morte cerebral. Atividades a desenvolver pelo CCT/GCCT. CHULC. Lisboa.

Procedimento setorial TRC. 132 (2018). Diagnóstico de morte cerebral no adulto. CHULC. Lisboa.

Procedimento setorial TRC.1059 (2019). Consulta registo nacional de não dadores RENNDA. Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação. Lisboa. CHULC. Lisboa.

Procedimento setorial TRC.1666 (2019). Colheita de órgãos em dador em morte cerebral. Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação. CHULC. Lisboa.

Rech, T. H. & Rodrigues Filho, E. M. (2007). Manuseio do potencial dador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (2), p. 197-204.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em

Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crônica. *Diário da República, 2ª Série N.º 135*, 19359–19370.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2ª Série N.º 26*, 4744–4750.

Regulamento n.º 226/2018 - Regulamento da competência acrescida diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. *Diário Da República, 2.ª Série, N.º 74*.

Resende, M. (2008). Doação Presumida de Órgãos - Uma Questão de Autonomia. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Bioética. Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem, 19*(1), 31–46.

Santos, M.J., Massarollo, M.C. & Moraes, E.L. (2012) Family interview in the process of donating organs and tissues for transplantation: perceptions of potencial donors' relatives. *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(5), p. 788-94.

Sen, A., Callisen, H., Libricz, S., & Patel, B. (2019). Complications of solid organ transplantation: cardiovascular, neurologic, renal, and gastrointestinal. *Critical Care Clinics, 35*(1), 169–186. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.08.011>

Shoenberger, J. M., Yeghiazarian, S., Rios, C., & Henderson, S. (2013). Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *WestJEM 14*(2), 14(2), 181–185.

Silva, D. C. S. (2010). Perfil do dador de órgãos e suas implicações médico-legais. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal.

Silva, T.R.S., Alves, M.S., Braz, P.R., Carbogim, F.C. (2018). Intra-hospital commission on organ and tissue donation for transplant: nurses' experience. *Rev enferm UERJ, 26*:e34120 <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.34120>

Smeltzer, et al. (2005). Brunner e Suddarth, tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

Souza, M.F., Bento, J.C., Milagres, C.S. (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>

Starzl, T. E., & Makowka, L. (1987). Organ transplantation-then and now. *Hospital Physician*, 23(8), 28–33, 36.

Transplant Procurement Management. (2007). *Programa Avançado em Coordenação de Doação / Transplantação*. Barcelona: Fundació IL3 - Universitat de Barcelona.

Trilikauskienė, A., Maraulaitė, I., Damanskytė, D., Lukminaitė, D., Balčiūnienė, N., & Tamošūitis, T. (2020). Implementing of Active Brain-Dead Donor Identification Strategy in a Single Donor Center: One Year Experience. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(8), 366. <https://doi.org/10.3390/medicina56080366>

Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: experiences of critical care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>

Vanholder, R., Domínguez-Gil, B., Busic, M. *et al.* Organ donation and transplantation: A multi-stakeholder call to action - *Nature Reviews Nephrology*. Vol 17, 554–568 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00425-3>

Veiga, J. M. B. (2002). Transplante com dador vivo: contributo para uma reflexão crítica. *Nephro's*. Vol. 6, n.º 2.

Vincent, J.-L. (2013). Critical care - where have we been and where are we going? *Critical Care*, 17(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/cc11500>

Vicente, A. (2014). Análise comparativa dos sistemas de colheitas de órgãos para transplantação humana: a realidade de vários países. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Westphal, G. A. [et al.] (2011). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. *Revista Brasileira Medicina Intensiva*, 23 (3), p. 255-268.

World Health Organization (2007). *Data Harmonization on Transplantation Activities and Outcomes: Editorial Group for a Global Glossary*.

World Health Organization. (2010). WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. *Transplantation*, 90(3), 229 - 333.

World Health Organization. (2019). The burden of health care-associated infection worldwide. Retrieved September 10, 2019.

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

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 – POSTER: Cuidados especializados de enfermagem na  
identificação de potenciais dadores de órgãos em contexto de morte  
cerebral – *scoping review***



## Cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos em contexto de morte cerebral – scoping review

Marta Santos<sup>1</sup>, Manuela Madureira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem na Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica pela Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

<sup>2</sup> Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

### Introdução

Os avanços científicos e tecnológicos têm tomado o transplante o tratamento de escolha para um número crescente de pessoas com falência terminal de órgão. A doação de órgãos é um processo complexo que requer o envolvimento de muitos profissionais de saúde<sup>(1)</sup>. A disparidade entre o elevado número de órgãos necessários e a quantidade de exertos disponíveis, continua a ser um dos flagelos na área da doação e transplantação.

A escassez de órgãos é considerada uma grande limitação para o aumento das taxas de transplantação<sup>(2)</sup>.

### Objetivos

Mapear os cuidados especializados de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos em contexto de morte cerebral.

### Materiais e Métodos

Scoping review: seguindo a metodologia de Joanna Briggs Institute<sup>(3)</sup>

Critérios de inclusão definidos de acordo com a mnemónica PCC:  
(P) População – potenciais dadores de órgãos  
(C) Conceito – cuidados especializados de enfermagem  
(C) Contexto – cuidados críticos

\*Estudos em *full text* \*Idiomas: português, inglês e espanhol  
\*Aplicados em adultos  
\*Entre 2017 e outubro de 2022  
\*Descritores: tissue donors; nursing care; nursing diagnosis; diagnosis; detection; brain death, conjugados com os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Plataformas de acesso online: PubMed e EBSCOhost (bases de dados eletrónicas: CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE).

### Resultados

Dos estudos iniciais apenas 8 cumpriam os critérios de inclusão

Identificação de potenciais dadores de órgãos é o primeiro e mais importante passo do processo de doação mas cerca de metade, podem não estar a ser identificados<sup>(1)</sup>

\* Importância da formação e aperfeiçoamento das equipas  
\* Existência de protocolos específicos<sup>(2)</sup>

Identificação precoce de potenciais dadores de órgãos; reconhecimento da morte cerebral; adequada abordagem da família; manutenção clínica do dador, são fundamentais para a diminuição da desproporção entre a emergência de transplantantes e o número real de transplantantes realizados<sup>(4)</sup>

### Conclusão

Os cuidados especializados de enfermagem poderão fazer diferença na identificação de potenciais dadores de órgãos em contexto de morte cerebral, se estes profissionais estiverem sensibilizados e forem portadores de formação profissional contínua sobre doação e transplantação de órgãos.

### Referências Bibliográficas

- <sup>(1)</sup>Trilivaskienė, A., Marulidė, I., Domanskytė, D., Labanaitis, D., Balčiūnienė, N., & Tamoliūnaitis, T. (2020). Implementing of Active Brain-Dead Donor Identification Strategy in a Single Donor Center One Year Experience. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(8), 306. <https://doi.org/10.3390/med5608306>
- <sup>(2)</sup>Corrao-Loebels, I., Sandmann-Ge, A., Champertier, J., Kellum, J. A., Gohrey, A. M., Proesels, 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*, 54(2), 232-239. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-06574-5>
- <sup>(3)</sup>Peters MDJ, Godfrey C, Mullen P, Munn Z, Truco AC, Khalil H, (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 Version)*. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. <https://doi.org/10.46688/JBI.MES.20-12>
- <sup>(4)</sup>Magalhães, A. L. P., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M., Lanzoni, G. M. de M., Silva, E. L. de, & Melo, A. L. S. F. de. (2018). Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 39, e20170274. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 – V Seminário internacional do mestrado em enfermagem:  
enfermagem especializada: uma voz para o humanismo**

## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Marta Santos, Prof. Dra. Manuela Madureira** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 36 com o tema

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS DADORES DE ÓRGÃOS EM CONTEXTO DE MORTE**

**CEREBRAL – SCOPING REVIEW** no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório

1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

A Diretora

## **ANEXO 2 – VII jornadas técnicas de medicina intensiva**



## VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



RESSUSCITAÇÃO

Monitorização do doente crítico  
em Medicina Intensiva

## CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o trabalho

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM  
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA ANEURISMÁTICA

elaborado por

Marta Santos; Mariana Santos; Inês Ribeiro

foi apresentado como **Poster em sala plenária** nas **VII Jornadas  
Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 03 e  
04 de novembro de 2022, na Faculdade de Medicina Dentária de  
Lisboa.

Lisboa, 04 de novembro de 2022

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LI  
CENTRAL

Prof. Doutor Luís Bento  
Presidente das Jornadas