

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização


Pessoa em Situação Crítica

**Qual o contributo que o Enfermeiro Especializado
poderá dar para a identificação de um potencial
Dador de Órgãos?**

Vanda Rute Patrício Palmeiro

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Qual o contributo que o Enfermeiro Especializado
poderá dar para a identificação de um potencial
Dador de Órgãos?**

Vanda Rute Patrício Palmeiro

Jorge Eurico Gonçalves de Sousa Ferreira

2013



“Viver no casulo é mais seguro, tranquilo e confortável, porém é mais limitador.

Abandonar o casulo é libertar o pensamento, a criatividade e voar...

O poder de galgar novos horizontes é a garantia para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.”

Prof. Dr. Nilbo Nogueira

AGRADECIMENTOS

Poderia enumerar uma lista enorme de pessoas que contribuíram para que este trabalho pudesse chegar ao fim, mas vou ter de ser um pouco sintética...

- Ao Cláudio, meu companheiro de vida, por toda a paciência, calma e enorme apoio que me prestou desde o primeiro dia do Mestrado;
- À minha Mãe, pelas leituras chatas que fazia a qualquer hora do dia ou da noite;
- À Catarina e à Ana Patrícia, pelas longas horas ao telefone, lanches e jantares, onde se partilhavam artigos, apontamentos, dúvidas e receios;
- Ao Prof. Jorge Ferreira pelo apoio incondicional, por acreditar e por me permitir acreditar;
- Às minhas orientadoras de estágio que me “transformaram” para a área da colheita e transplantação;
- Ao meu Pai pelos olhares ternos e sem palavras, mas cheios de orgulho;
- À minha Irmã, simplesmente por TUDO!!

RESUMO

A escassez de órgãos para transplantação é uma problemática atual. O número de pessoas em lista de espera para um transplante é elevado e, o número de doadores é manifestamente insuficiente para satisfazer estas necessidades. O enfermeiro pela sua proximidade aos clientes na prestação de cuidados, ocupa uma posição privilegiada para a identificação de potenciais doadores.

O tratamento ativo dos potenciais doadores requer conhecimentos e competências para as quais o enfermeiro especializado em pessoa em situação crítica deverá estar desperto. Este trabalho procura refletir o percurso vivenciado para o desenvolvimento e consolidação dos conhecimentos e competências necessárias para a especialização nesta área.

Para a sua concretização realizei estágios em locais e instituições de referência na doação e transplantação, que me permitiram prestar cuidados de excelência ao potencial dador e sua família, tendo por base as competências específicas estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. A análise efetuada foi de acordo com o Modelo Transacional de Afaf Meleis. Procurei atingir na área de Colheita e Transplantação um grau de perita, em conformidade com o referencial teórico de Patrícia Benner.

Na unidade de cuidados intensivos neurocirurgicos, pude observar a identificação de mais do que um potencial dador, e tive a oportunidade de realizar o seu tratamento ativo. Acompanhei o incansável trabalho da Coordenadora de colheita e transplantação do mesmo Hospital na tentativa de identificação de potenciais doadores. Em Espanha assisti ao trabalho realizado por um dos Gabinetes de Coordenação de Colheita e Transplante com maior atividade a nível mundial, fiquei a conhecer o protocolo de dador de coração parado existente numa das comunidades de Espanha e, que se relaciona de forma muito estrita com o seu serviço de emergência Pré-hospitalar. Esta relação levou-me a considerar pertinente a realização de estágio nesse mesmo Pré-hospitalar, de forma a acompanhar desde o início o protocolo.

Durante todo este percurso foi possível concretizar as atividades previamente estabelecidas e que permitiram alcançar as competências delineadas para a pessoa em

situação crítica e, especialmente, para a área da colheita e transplantação de órgãos, arriscando afirmar ter logrado obter o grau de perita nesta mesma área.

Palavras chave: dador de órgãos; transplantação; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The lack of organs for transplant is an actual problem. The number of persons in a waiting list for a transplant is high and the number of donors is clearly insufficient to fulfill this gap. Through the wealth care the nurse has a proximity to the client, he occupies a privileged position to identify possible donors.

The active treatment of the potential donors requires knowledge and skills for which the specialized nurse in critical care has to be alert. This work aims to reflect the experienced path to the development and consolidation of the knowledge and necessary skills for a specialization in this area.

To accomplish this goal, I followed phases in several places and institutions of reference for organ donation and transplant. This allowed me to provide for excellence care to the potential donor and his family, based on the specific skills established by the "Ordem dos Enfermeiros" for the Specialized Nurse in Critical Care. The survey has been done according to the Transition Model of Afaf Meleis. I sought to achieve, in the area of organ donation and transplant, the expert grade in accordance to the theoretical reference of Patrícia Benner.

At the neurosurgical intensive care unit I could observe the identification process of more than one potential organ donor, and I had the opportunity to care for his active treatment. I followed the tireless work of the Coordinator of collecting and transplant office in that same hospital in identifying the potential donors. In Spain I watched the work done by the Coordination Offices of Organ Donation and Transplant, which has the largest activity worldwide. I got acknowledge with the protocol for the non heart beating donor existing in one of the Spanish communities, witch is very strictly related with pre-hospital emergency care. This relationship took me to consider pertinent the making of my phase in pre-hospital care, so that I could follow the protocol from the beginning.

During this phase it was possible to fulfill the pre-established activities, that made possible to achieve the concrete skills for critical care and, specially, in the area of organ collecting and transplant. I dare to say to have achieved the expert grade in this area.

Key words: organ donors; transplantation; nursing care

SIGLAS

°C – Graus Celcius

ASST – Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

cm – Centímetros

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGP – Dador de Coração Parado

DGS – Direção Geral de Saúde

DMC – Dador em Morte Cerebral

DU – Débito Urinário

DV – Dador Vivo

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ETPOD – *European Training Program on Organ Donation*

FC – Frequência Cardíaca

FiO₂ – Fração de Oxigénio Inspirado

FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

FR - Frequência Respiratória

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

GCS – *Glasgow Coma Score* (Escala de Coma de Glasgow)

H₂O – Água

h - Hora

Hg – Mercúrio

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTA – Hipertensão Arterial

kg - Kilogramas

MC – Morte Cerebral

min - minuto

ml – Mililitros

mm – Milímetros

mmol - Milimoles

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONT – *Organización Nacional de Trasplantes*

OPTN – *Organ Procurement and Transplantation Network* (Rede de Procura e Transplantação de Órgãos)

PAM – Pressão Arterial Média

PaCO₂ – Pressão parcial de Dióxido de Carbono no sangue arterial

pág. – Página

PaO₂ – Pressão parcial de Oxigênio no sangue arterial

PBE – Prática Baseada na Evidência

PC – Paragem Cardíaca

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PD – Potencial Dador

PEEP – *Positive end-expiratory pressure*

PH – Pré-hospitalar

PIC – Pressão Intracraniana

PICCO – *Pulse Index Continuous Cardiac Output*

pmh – por milhão de habitantes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SNC – Sistema Nervoso Central

SUG – Serviço de Urgência Geral

TA – Tensão Arterial

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos

UI – Unidades Internacionais

VC – Volume Corrente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA TRANSPLANTAÇÃO	16
2 – QUESTÕES ÉTICAS DA TRANSPLANTAÇÃO	17
3 – DETEÇÃO DE POSSÍVEIS DADORES	19
4 – TRATAMENTO ATIVO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS	23
5 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	25
6 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	27
6.1 – CAMPOS DE ESTÁGIO SELECIONADOS	27
6.2 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS	30
6.2.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRÚRGICOS	32
6.2.1.1 – Desenvolver competências que permitam a identificação do potencial dador de órgãos	33
6.2.1.2 – Desenvolver competências que permitam o tratamento ativo do potencial dador de órgãos	37
6.2.1.3 – Desenvolver competências que permitam estabelecer uma comunicação adequada com a família/pessoa significativa do potencial dador de órgãos	45
6.2.2 – GABINETE COORDENADOR DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO DO HOSPITAL A	49
6.2.3 – ESTÁGIOS REALIZADOS EM ESPANHA	52
6.2.3.1 – Estágio Pré-Hospitalar	53
6.2.3.2 – Estágio Hospitalar	56
6.3 – ATIVIDADES REALIZADAS NÃO PROGRAMADAS	60
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
8 – BIBLIOGRAFIA	68

APÊNDICES

APÊNDICE I - CRONOGRAMA

APÊNDICE II - JUSTIFICAÇÃO DE ADIAMENTO DOS ESTÁGIOS EM ESPANHA

APÊNDICE III - PROCEDIMENTO SETORIAL REALIZADO - UCIN

APÊNDICE IV - SESSÃO DE FORMAÇÃO

APÊNDICE V - PLANO DE CUIDADOS

ANEXOS

ANEXO I - DINAMIZAR A BIOÉTICA NA UNIVERSIDADE DE LISBOA III - TRANSPLANTAÇÃO

ANEXO II - CAMPANHA DE DOAÇÃO EM VIDA

ANEXO III - DADOR DE CORAÇÃO PARADO EM PORTUGAL

ANEXO IV - PROCEDIMENTO MULTISSETORIAL - HOSPITAL A

ANEXO V - DIAGRAMA DA TENSÃO ARTERIAL

ANEXO VI - PROTOCOLO DE BUCKMAN

ANEXO VII - PROTOCOLO DO DADOR DE CORAÇÃO PARADO - HOSPITAL B

ANEXO VIII - LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – MEMBROS PARTICIPANTES NO CONSELHO DA EUROPA	21
---	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO DE DCP COMO DESCRITA NO PRIMEIRO *WORKSHOP* INTERNACIONAL SOBRE DCP, EM MAASTRICHT _____20

TABELA 2 – DOAÇÃO E TRANSPLANTAÇÃO COM DCP NOS PAÍSES MEMBROS DO CONSELHO DA EUROPA ENTRE OS ANOS DE 2000 E 2008 _____22

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que se insere no 3º semestre do 2º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica (PSC), organizei-me de forma ponderada e refletida, para poder descrever o percurso traçado e as competências desenvolvidas ao longo das 500 horas de estágio.

O relatório crítico de atividades pretende demonstrar a operacionalização do projeto traçado no 2º Semestre do supracitado curso, assim como todas as dificuldades sentidas para a sua concretização.

Para Ruivo (2010, pág. 3)⁸⁶ a metodologia adotada para a realização do projeto *“constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática”*. Partindo deste pressuposto e procurando “projetar” uma problemática atual, que em simultâneo despertasse em mim um enorme entusiasmo e um desejo insaciável de conhecimento, escolhi a área da colheita e transplantação de órgãos. Esta opção, teve o intuito de encontrar caminhos em que o Enfermeiro Especializado em PSC contribua de forma inequívoca para o incremento da identificação e tratamento ativo de potenciais dadores, para um aumento das taxas de transplantação e uma diminuição das listas de espera para transplante.

Por ser um curso de mestrado inserido no 2º ciclo, é fundamental optar por uma trajetória que vá de encontro ao estabelecido pelos Descritores de Dublin²². Sendo estes utilizados para todas as áreas temáticas, é necessário centrá-la na área de Enfermagem. Recorri às competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o Enfermeiro Especialista em PSC⁶⁵, a fim de traçar metas e trilhos a explorar que me permitissem concluir esta etapa da minha vida pessoal e académica com um elevado grau de satisfação e realização.

O trabalho enquadra-se num caminho percorrido, ao longo de sensivelmente seis meses, e pretende nesta fase final divulgar os resultados obtidos. Considero-o de grande importância, pois poderei justificar todo o processo realizado.

Integrando tudo o que já foi descrito, procurei desenvolver competências que me tornassem uma enfermeira “perita” na área da transplantação, Benner (2001, pág. 58)¹⁰ defende que a enfermeira perita tem *“uma enorme experiência, compreende, agora, de*

maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis". Mas, simultaneamente, pretendi incrementar e aperfeiçoar todos os meus conhecimentos, para poder obter notabilidade na prestação de cuidados especializados de Enfermagem à PSC, definidos pela OE (2011, pág. 8656)⁶⁵ como *"cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total"*.

Inicialmente, defini o tema em que pudesse aperfeiçoar, e até mesmo adquirir, competências que fossem de encontro ao nível académico a que me proponho. Porque considero os anos em listas de espera para transplantação um problema de saúde pública, que condiciona a vida pessoal, familiar, profissional, social e económica de todos aqueles que tem de aguardar por um transplante, decidi desenvolver o meu trabalho final de Mestrado na *Área da doação/colheita de órgãos*. É um problemática sempre atual e com diferentes níveis de desenvolvimento em outros países da Europa e do Mundo. Procurei compreender de que forma, poderia o Enfermeiro Especializado em PSC, contribuir para a diminuição da escassez de órgãos em Portugal. Pela especificidade do tema, importa salientar, que todo a pesquisa realizada se debruçou apenas sobre os órgãos sólidos, colocando assim de parte tudo o que se relacionar com tecidos e células, assim como todos os hemoderivados.

Posteriormente, estabeleci numa segunda fase as competências a desenvolver, de acordo com a área temática elegida e com o estabelecido pela OE para o Enfermeiro Especialista em PSC. Tendo estes princípios em mente, identifiquei como finalidade do meu projeto: Desenvolver e/ou adquirir competências Especializadas em Enfermagem, na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica, no âmbito da Identificação e Manutenção do Potencial dador de órgãos num contexto Hospitalar e Pré-Hospitalar.

Seguiu-se o desejo de desenvolvimento de algumas competências específicas, nomeadamente:

1. Identificar o potencial dador de órgãos;
2. Realizar de forma apropriada o tratamento ativo do potencial dador de órgão;
3. Estabelecer uma comunicação adequada com a família/pessoa significativa do potencial dador de órgãos;

Para poder alcançar as metas propostas, elegi três campos de estágio. Primeiro uma Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos (UCIN), pela elevada probabilidade de me deparar com clientes em morte cerebral e, posteriormente, dois campos em Espanha: um no pré-hospitalar e o outro num Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT), por este ser um país com elevadas taxas de sucesso na área da transplantação.

Ter um modelo teórico que nos sirva de base e nos conduza na prestação de cuidados é fundamental para uma excelência na prestação de cuidados de referência, com elevados níveis de eficiência e eficácia e que nos direcionam para um olhar da pessoa como um todo. Assim sendo, usei o referencial teórico de *Patricia Benner* (2001)¹⁰, tendo em conta o enorme caminho a percorrer para me tornar “perita” nesta área, e o *Modelo Transicional de Afaf Meleis* (2010)⁴⁵ inserido na Escola do Cuidar. Salientando que poderei não estar a prestar cuidados de saúde ao cliente propriamente dito, mas ao corpo e sua família, este ato poderá representar a possibilidade de colheita de órgãos, que logrará proporcionar a um outro cliente não só a cura, como também a melhoria da qualidade de vida. Tendo ainda em atenção o supracitado modelo teórico, arriscarei constatar a existência de diferentes transições vivenciadas pela família, uma vez que me irei deparar com situações de transição saúde/doença, pela morte inesperada e contextos de transição situacional, pela perda de um familiar. Irei valorizar também, o facto de *Afaf Meleis* (2010)⁴⁵ ver o cliente de acordo com várias teóricas de Enfermagem e com diferentes perspetivas, sem descurar todas as propriedades e condições que poderão facilitar, ou não, as transições.

Pretendo com este relatório dar a conhecer todas as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio. Irei valorizar ao longo de todo este processo de aprendizagem o trilho percorrido para alcançar as competências a que me propus, descrevendo para tal as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo.

O relatório dividir-se-á em três momentos, partindo dum enquadramento conceptual da problemática, onde se destacam também as principais ideias que serviram de base para a realização do estágio. Em seguida, uma exposição descritiva das competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do percurso prático deste mestrado, com a sua respetiva análise reflexiva, de acordo com as inicialmente traçadas para esta etapa. No final, serão expressos todos os contributos dos estágios, assim como as dificuldades e receios sentidos ao longo do mesmo.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA TRANSPLANTAÇÃO

O progresso alcançado ao longo dos anos na área da doação e transplantação de órgãos teve o seu grande impacto no século XX. Mas, são várias as mitologias em que se pode constatar a "mistura" entre partes humanas e animais num só corpo, desencadeando no homem a vontade de "transplantar". Segundo Periz (2004)⁷⁴ foi então no século XII que se dá o primeiro "milagre" da transplantação, quando os Santos, Cosme e Damião, ambos médicos, transplantaram a perna de um etíope que tinha morrido recentemente num sacristão de uma igreja de Roma, este sofria de uma neoplasia na perna e quando acordou, estava curado.

Apesar das inúmeras tentativas ocorridas desde então, especialmente no decorrer do século XX, algumas delas com êxitos momentâneos, outras com um fracasso imediato, foi em 1954 que surge, realizado por uma equipa formada por Murray, Merrill e Harrison, aquele que foi o primeiro verdadeiro êxito da transplantação, no hospital Peter Bent Brigham em Boston e que valeu a Murray um Prémio Nobel. O feito foi conseguido com um dador vivo, um gêmeo que doou um rim ao seu irmão, após este ter realizado uma nefrectomia bilateral prévia.⁵⁴

Em Portugal, a história da transplantação está diretamente associada a um nome, Alexandre José Linhares Furtado. O Professor Linhares Furtado iniciou funções, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, no serviço de Urologia e em Junho de 1969, deu "asas" ao seu sonho ao realizar o primeiro transplante renal em Portugal, com um dador vivo. Deixou toda a comunidade médica portuguesa estupefata com a sua coragem e capacidade de execução.⁵¹

Mais tarde, "em 29 de Junho de 1980, Linhares Furtado e a sua equipa realizaram nos Hospitais da Universidade de Coimbra a primeira colheita de rins de cadáver e, no dia seguinte, a primeira transplantação renal de cadáver, com pleno êxito." (Ministério da Saúde)⁵¹ Este feito permite ainda dar início a mais um programa de transplantação em Portugal, pois Linhares Furtado num ato de grande "generosidade e a solidariedade" envia "o outro rim para a Cruz Vermelha Portuguesa".⁵¹

2 – QUESTÕES ÉTICAS DA TRANSPLANTAÇÃO

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. Sgreccia (2009, pág. 9)⁹¹ refere mesmo que *“temos que admitir que o problema ético, que parecia estar a simplificar-se até há alguns anos, se tem vindo a tornar cada vez mais complexo”*. No entanto, vários têm sido os motivos que têm contribuído para que algumas barreiras se levantem e impliquem problemas éticos cada vez maiores, tais como *“o progresso das técnicas, o aumento dos pedidos, a escassez de dadores e a qualidade dos órgãos susceptíveis de transplante”* (Sgreccia, 2009, pág. 9)⁹¹.

Sgreccia (2009)⁹¹ defende três princípios gerais implícitos nos problemas éticos, nomeadamente: a defesa da vida do dador e do receptor, a tutela da identidade pessoal e o consentimento informado.

Em Portugal, a Bioética na Transplantação também não é uma área isenta de dúvidas, e de opiniões consensuais entre os profissionais a ela ligados. Em 14 de Junho de 2012 no Edifício Egas Moniz na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), durante uma palestra (Anexo I) subordinada ao tema da Transplantação (Dinamizar a Bioética na Universidade de Lisboa III – Transplantação), o Prof. Paulo Costa, catedrático da FMUL e Diretor do Serviço de Cirurgia 1 do Hospital de Santa Maria, referindo-se ao transplante de dador vivo (DV) afirmava que este deveria ser *“Muito bem ponderado”*, uma vez que o risco para o dador não é um risco zero e que o princípio da não maleficência poderia estar em causa. No mesmo encontro o Prof. Rui Maio, docente da FMUL e atual diretor clínico do Hospital Beatriz Ângelo, após salientar todos os benefícios para o recetor de um DV, não deixou de evidenciar os riscos que esta dádiva poderia ter para o DV, nomeadamente de ordem física, económica, social e psicológica. Levantou até mesmo a possibilidade de não existirem efeitos positivos para o dador, pois esta dádiva poderá ser uma transgressão ao princípio da não maleficência, uma vez que não há um benefício direto para o DV com este procedimento cirúrgico invasivo.

Várias foram as notícias já publicadas em diferentes meios de comunicação social, que associavam ao DV um valor monetário para cada um dos seus órgãos. Ao envolver incentivos financeiros, o controlo e qualidade dos órgãos poderia estar a ser colocado em

grande risco, uma vez que poderia ocorrer uma exploração das pessoas mais pobres, ao mesmo tempo que se criaria um mercado paralelo, em que a possibilidade de omissão de dados clínicos para fazer face à situação económica vivida iria certamente colocar em causa a segurança da pessoa a transplantar. Esta é uma situação que eticamente é inadmissível.

Truog (2005)⁹⁸ realça que as pessoas se poderão sentir pressionadas a realizar uma doação pelo elo de ligação que têm entre elas ou pelo desespero sentido, ao tratar-se de um filho em situação crítica de risco de vida. Defende que para tal, os médicos, terão de ter uma atuação adequada que salve também os interesses da pessoa saudável e que evite atos de “loucura” ou doações “forçadas”.

Outro ponto que poderá levantar dúvidas prende-se com a vontade do potencial dador (PD) não vivo, uma vez que em Portugal se pratica um consentimento presumido, ou seja, todos os cidadãos nascidos em Portugal são “automaticamente” dadores a não ser que se inscrevam no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), criado pelo então Primeiro Ministro Cavaco Silva no Dec. Lei 12/93 de 22 de Abril no Artº 11⁴, em que estabelecia a sua necessidade de regulamentação e início de atividade até 1 de Outubro de 1993. Mas, só em Setembro de 1994 o RENDA vê a sua atividade regulamentada com o Dec. Lei 244/94 de 26 de Setembro (1994, pág. 5781)⁴⁸, nele determina-se que *“a total ou parcial indisponibilidade para a dádiva post mortem de certos órgãos ou tecidos ou para a afectação desses órgãos ou tecidos a certos fins é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENDA (...)”*. Assim sendo, 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. Para tal basta realizar a inscrição no RENDA num Centro de Saúde.

Esta “facilidade” não é assim tão linear, uma vez que facilmente encontramos quem desconheça a existência deste consentimento presumido e, conseqüentemente, a existência do RENDA. Esta situação poderá levantar problemas éticos no momento da colheita. O médico poder-se-á deparar com uma família que claramente se manifesta contra mas, em que o PD não está inscrito no RENDA.

3 – DETEÇÃO DE POSSÍVEIS DADORES

Apesar de poder ser considerado um dos maiores sucessos da história da medicina, a transplantação continua a enfrentar gigantescos obstáculos, nomeadamente a falta de dadores disponíveis e conseqüentemente uma quantidade insuficiente de órgãos, para o número de pessoas que se encontram dependentes de um transplante para uma melhoria da sua qualidade de vida, ou até mesmo para sobreviver.

Para fazer face a este impedimento, é fundamental que as equipas de saúde estejam despertas para a deteção de PDs e para o seu tratamento ativo, mantendo a viabilidade de órgãos e tecidos. Este é um trabalho em que, não só é imprescindível a capacidade técnica exigida para a colheita e transplantação dos órgãos, como também é fundamental ser conhecedor de todo o complexo processo que envolve a colheita, para se poder garantir que todos os critérios são cumpridos, de modo a garantir a qualidade dos órgãos a transplantar.

Existem relatos que apontam para o aproveitamento de órgãos de prisioneiros executados, nomeadamente na China. Esta poderá ser uma forma de aumentar o número de dadores, mas que levanta certamente dúvidas de ordem ética, sobretudo no que diz respeito ao consentimento informado.¹⁹

De acordo com Kootstra (1997)³⁶, todos os rins utilizados para a transplantação antes da introdução do conceito de morte cerebral (MC), eram adquiridos após paragem cardíaca (PC). Os órgãos obtidos de dadores em MC são significativamente escassos. Têm de se explorar alternativas, que incluem DVs e dadores de coração parado (DCP).

O Prof. Rui Maio defendia, no encontro na FMUL sobre a Bioética na Transplantação, uma expansão dos critérios nos dadores em morte cerebral (DMC), nomeadamente o aumento da faixa etária para a colheita, fazendo face à carência de órgãos.

Há atualmente, campanhas de sensibilização para a doação em vida (Anexo II). Embora esta dádiva não seja isenta de riscos, a verdade é que, para além de se diminuir a lista de espera para receber um órgão, todo o processo de colheita e transplante, pode ser feito de forma muito mais direcionada e envolvendo um menor número de complicações, visto que realiza previamente todos os estudos e provas necessárias para a doação.¹⁰⁰ De acordo com dados da *Organ Procurement and Transplantation Network* (OPTN) entre o

ano de 1999 e o ano de 2011 houve 4 069 DVs de fígado e 79 070 DVs de rim.¹⁰⁰ Mas esta alternativa não é totalmente isenta de complicações. Truog (2005, pág. 444)⁹⁸ salienta que há um problema ético significativo associado a este tipo de doação, o de “arriscar a vida de uma pessoa saudável para melhorar ou poupar a vida de um paciente”^a.

Kootstra (2009)³⁵, salienta que este talvez seja até mesmo o momento ideal para se voltar a falar de colheitas em DCP, pelos parques órgãos disponíveis. Kootstra (1997)³⁶, evidência que nas situações de potencial DMC o conceito de MC poderá ser discutido a diferentes níveis, médico, legal ou até mesmo culturalmente, mas o conceito de DCP, subentende uma PC irreversível, poderá ser designado de formas diferentes em países diferentes, mas o propósito base é o mesmo.

Para ir de encontro ao supra citado, em Março de 1995, organizou-se em Maastricht o primeiro *workshop* internacional sobre DCP. Este contou com a presença de cirurgiões, nefrologistas e éticos, vindos da Europa, Médio Oriente e dos Estados Unidos da América e onde ficaram definidas as categorias dos DCP (tabela 1), os critérios para se estabelecer a morte e a irreversibilidade da PC e os tempos necessários entre a PC e as colheitas dos órgãos.³⁵

Tabela 1 – Classificação de DCP como descrita no Primeiro *workshop* Internacional sobre DCP, em Maastricht. O termo “Controlled” e “Uncontrolled” não foram utilizados no *workshop* mas, foram adicionados mais tarde.^b

Category	Alternative categorisation	Status of potential donor	Hospital department	Process
Category I	Uncontrolled	Dead upon arrival	Accident and emergency	Viability testing
Category II	Uncontrolled	Resuscitation attempted without success	Accident and emergency	Viability testing
Category III	Controlled	Awaiting cardiac arrest	Intensive care	Transplantation
Category IV	Controlled	Cardiac arrest while brain dead	Intensive care	Transplantation

Fonte – Kootstra (2009, pág. 3)³⁵

Das quatro categorias acima referidas, a Categoria I não é todavia utilizada como forma de DCP, pois são imensas as questões que se levantam, e a maioria delas, sem resposta sobre o que motivou a PC.^{12, 35, 36}

^a Tradução livre da autora

^b Tradução livre da autora

Os potenciais DCP que se enquadram na Categoria II, são aqueles que sofreram uma PC presenciada, aos quais foram prestados cuidados de suporte avançado de vida (SAV) mas, a quem não foi possível reverter a situação clínica.^{12, 35, 36}

Na Categoria III, podemos envolver os clientes que se encontram internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), mas que clinicamente não há mais nada para se lhes oferecer. São lhes retirados os mecanismos de suporte de vida, como ventilação mecânica invasiva, circulação extracorporeal ou drogas que não tenham como objetivo proporcionar apenas conforto. Estes procedimentos poderão envolver alguns condicionantes éticos.^{12, 35, 36}

Os DCP da Categoria IV são aqueles em que a PC ocorre durante o processo de diagnóstico de MC ou após esse diagnóstico ter sido estabelecido.^{12, 35, 36}

Há ainda a referir uma Categoria V, estabelecida posteriormente, em que a PC se dá numa UCI, mas sem ser minimamente prevista, sendo por isso considerada *Uncontrolled*.⁸⁷

Apesar de se terem criado as possibilidades de colheita de órgãos, são apenas dez (Figura 1) os países da Europa que ampliaram as suas possibilidades de obter órgãos socorrendo-se a DCP, mas na realidade só cinco desses países têm uma atividade verdadeiramente representativa (Tabela 2).²³

Há a realçar nomeadamente a Holanda, o Reino Unido e a Bélgica que se dedicam ao DCP tipo III, enquanto que em Espanha e França predomina o tipo II de DCP. Ao ter sido pioneira neste campo, Espanha torna-se uma referência mundial para o DCP tipo II.⁶⁸

Figura 1 – Membros participantes do Conselho da Europa

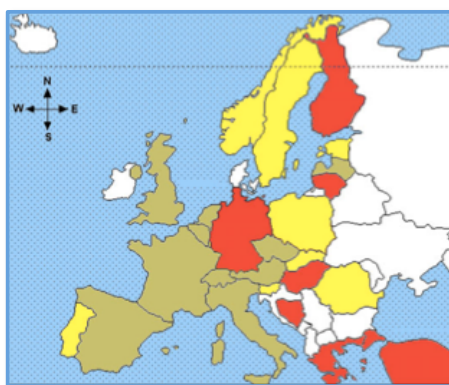


Figura 1 – Membros participantes no Conselho da Europa (a cores); a verde países onde se realizam colheitas de DCP tipo II – Espanha, França, Itália, Holanda, Bélgica, Látvia, República Checa, Suíça, Reino Unido, Áustria; a amarelo países com planeamento para DCP tipo II – Portugal,

Chipre, Estónia, Luxemburgo, Noruega, Polónia, Roménia, República Eslovaca, Eslovénia, Suécia; a vermelho países sem planeamento atual – Grécia, Bósnia-Herzegovina, Finlândia, Alemanha, Hungria, Lituânia, Turquia. (Fonte – Domínguez-Gil et al., 2011, pág. 678)²³

Em Portugal veio recentemente a público, pelos meios de comunicação social, uma notícia (Anexo III) que dava conta da criação pela Ordem dos Médicos dos critérios necessários para se iniciar a colheita em DCP. Foi impossível verificar a credibilidade da mesma. Fica apenas a nota e a esperança de que num futuro próximo se torne realidade.

Tabela 2 – Doação e Transplantação com DCP nos Países membros do Conselho da Europa entre os anos de 2000 e 2008, em que o programa de colheita de órgãos em DCP já teve início.

	Year the program started	DCD (n) 2008				DCD (n) 2000–2008	Transplants from DCD (n) 2000–2008				
		Maastricht categories					Kidney	Liver	Lung	Pancreas	Total
		I	II	III	IV						
Austria	1994	0	3	0	0	20	39	1	–	–	40
Belgium	1994	0	2	40	0	148	231	71	17	9	328
Czech Republic	1972	0	0	1	0	15 (since 2002)	13	–	–	–	13
France	2006	47	–	0	0	87 (since 2006)	99	–	–	–	99
Italy	2005	0	2	0	0	5 (since 2007)	3	–	–	–	3
Latvia	1992	0	0	11	0	58 (since 2004)	97	–	–	–	97
The Netherlands	1981	0	6	85	0	819	1319	113	46	5	1483
Spain	1994	77	–	0	0	537	700	64	54	–	818
Switzerland	1993	0	0	0	0	35	58	–	–	–	58
United Kingdom	1989	0	0	264	0	1005	1702	256	40	67	2065
Total		137		401		2729	4261	505	157	81	5004

DCD, donation after circulatory death.

(Fonte – Domínguez-Gil et al., 2011, pág. 679)²³

4 – TRATAMENTO ATIVO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS

Atualmente em Portugal aplica-se o Dec. Lei nº 22/2007 de 29 de Junho⁵, que transpõe parcialmente para o nosso sistema jurídico a Diretiva nº 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, que data de dia 31 de Março de 2004, alterando assim o anterior Dec. Lei nº 12/93⁴. Este Dec. Lei tem como objetivo estabelecer as normas de qualidade e segurança relativas à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana.

Poderemos considerar um PD aquele cliente que se encontra em MC, ou que o seu estado neurológico poderá evoluir para uma lesão irreversível do Sistema Nervoso Central (SNC), mas em que as suas funções vitais se mantêm estáveis pela utilização de métodos “artificiais” de manutenção das mesmas. Logo que se estabelece o diagnóstico de MC o tratamento instituído vai no sentido de manter o correto funcionamento dos órgãos a transplantar, de forma a serem viáveis para o recetor. Um PD em MC poderá doar até 8 órgãos, sem contar com a possibilidade de colheita de córneas, pele, válvulas cardíacas e ossos.⁸³ Em Portugal, e de acordo com dados da atualmente extinta, Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST) em 2011 houve uma média Nacional de 3,1 órgãos colhidos por dador, um pouco superior aos 2,86 de 2010, embora o número de dadores tenha diminuído em 22 dadores. Os dados da ASST são ainda representativos para o número total de 928 órgãos colhidos ao longo de 2011, o que representa 28,5 dadores por milhão de habitante.⁷

De acordo com a Ordem dos Médicos⁴⁷ *“a certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade”*.

É o aumento da Pressão Intracraniana (PIC), originada por um aumento do volume intracraniano, que desencadeia o mecanismo de MC. A elevação progressiva da PIC vai estar também associada à drenagem do líquor e ao comprometimento do retorno venoso, juntamente com a hipóxia celular e o edema cerebral. A MC dá-se no momento em que a PIC está tão elevada que interrompe a circulação arterial encefálica, após a herniação do tronco cerebral pelo foramen magnum.^{17, 44, 73, 83, 97}

Os momentos que antecedem a MC são de “desespero” para o organismo, que tenta realizar um esforço final para manter a perfusão cerebral com uma elevação extrema da

PIC, com hipertensão, bradicardia e alterações do padrão respiratório (denominada Tríade de Cushing).

Em consequência da MC surgem duas fases distintas. Numa primeira fase o organismo responde com uma descarga simpática maciça, denominada de “tempestade autonômica” e tem como consequências transitórias hipertensão grave, hipertermia, taquicardia e um aumento acentuado do débito cardíaco. Numa segunda fase há uma redução acentuada da descarga simpática da qual resulta uma vasodilatação profunda e uma redução da função cardíaca. ^{17, 44, 73, 83, 97}

Durante a prestação de cuidados ao cliente em MC será fundamental que o Enfermeiro esteja desperto para todas as alterações específicas que podem surgir, nomeadamente ao nível Cardiovascular, Pulmonar, Endócrino, Imunológico, Hepático, da Coagulação e da Termorregulação, assim como todos os outros cuidados gerais.

No decorrer do estágio foi possível prestar cuidados ao PD. Irei descrever as alterações encontradas, as dificuldades sentidas e as intervenções realizadas, com as devidas fundamentações teóricas, na segunda parte deste trabalho.

A família não foi minimamente descurada ao longo deste percurso. Realizei um jornal de aprendizagem, alusivo à comunicação de más notícias à família, que me serviu de linha orientadora durante o estágio.

5 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Não poderei neste âmbito abordar os cuidados de enfermagem no sentido Enfermeiro-Cliente, uma vez que cliente será alguém que atravessa, de acordo com Meleis (2010)⁴⁵, um estado transacional de saúde/doença, que falando da PSC é alguém que estava saudável - *"A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. (...) toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural."* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 6)⁶⁴ – e que sofreu uma súbita mudança de papéis, mas que se subentende uma gradual ou súbita mudança para o estado de saúde novamente. Sendo a morte cerebral critério para a identificação do potencial dador, não se pode aplicar o princípio relacional de Enfermeiro-Cliente, mas pode aplicar-se a correta e adequada prestação de cuidados à pessoa e à família. Não poderemos nunca descurar que ao estarmos a prestar adequados cuidados ao corpo, durante a manutenção de órgãos, estamos a "oferecer" a clientes que se encontravam dependentes para a sua sobrevivência de cuidados de saúde, nomeadamente Cuidados de Enfermagem, a possibilidade de retomar a sua vida normal, e desta forma transitar de um estado de doença para uma situação de saúde.

Assim Collière (1999, p 151)¹⁴ refere que *"(...) a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada. É o doente que é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados"*, para que desta forma se torne claro qual o sentido que a relação entre o Enfermeiro e o cliente deve tomar, a mesma autora, refere que este *"(...) torna-se o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo que detém em si própria um valor terapêutico"*.

O Enfermeiro é desta forma, detentor de um lugar de privilégio junto da equipa de saúde, pelo tempo que permanece junto do indivíduo e pelos cuidados que lhe pode prestar.

O Enfermeiro não deve descurar nunca o seu Código Deontológico (2009, pág. 72)⁶³ que realça: *"as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro."*, de entre todos os princípios saliente ainda, pela pertinência de adequação ao tema, a Humanização dos cuidados, em que o Enfermeiro deverá *"dar (...), atenção à pessoa como uma totalidade"*

única, inserida numa família e numa comunidade" (2009, pág. 78)⁶³; o Respeito pela intimidade, assumindo o respeitar da "(...) intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família" (2009, pág. 76)⁶³; o dever de informação, que neste caso será fornecido à família, "informar (...) a família no que respeita aos cuidados de enfermagem" (2009, pág. 75)⁶³. Não devendo colocar vez alguma de parte a excelência do exercício profissional, "o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício (...)" (2009, pág. 77)⁶³.

6 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Quando pensamos em enfermagem, pensamos em cuidar. Num mundo repleto de tecnologias e de avanços científicos constantes que não são alheios à enfermagem, temos de viver numa constante atualização de saberes e de desenvolvimento de competências.

Serrano (2011, pág. 17)⁹⁰ refere que *“A enfermagem vivencia uma construção interactiva e contínua entre a pessoa e o meio. Esta interacção é influenciada pelo conjunto de saberes do enfermeiro e a sua aplicação no processo de cuidar.”*, vai ainda mais longe quando reforça a necessidade de desenvolvimento de competências que não se prendam exclusivamente ao corpo, mas ao cliente como um todo – *“muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências”* (pág. 16).

Benner (2001, pág. 33)¹⁰, refere que o *“conhecimento prático adquire-se com o tempo (...) É necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado”*. Partindo de todo o conhecimento prático já adquirido ao longo da minha carreira profissional e procurando alcançar experiências que me tornassem numa enfermeira perita na área da transplantação, escolhi locais muito específicos nesta área para a realização dos meus estágios.

Após uma justificação sumária das escolhas efetuadas irei descrever as atividades realizadas que me permitiram atingir as competências estabelecidas previamente.

6.1 – CAMPOS DE ESTÁGIO SELECIONADOS

O estágio decorreu ao longo do 3º Semestre do 2º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem PSC, teve 500 horas de duração de prestação de cuidados diretos ao cliente em situação crítica e sempre que possível direcionados para o PD e sua família. Teve início no dia 8 de Outubro de 2013 e terminou presencialmente no dia 27 de Abril de 2013, como apresentado em cronograma anexo (Apêndice I). As duas últimas semanas decorreram fora do suposto período de estágio inicialmente previsto, por dificuldades logísticas com o *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* Espanhol, que

exigiu uma alteração das datas do ensino clínico solicitado para o Hospital B – um adiamento de dois meses (Apêndice II).

Depois de definido o tema durante o 2º Semestre, na Unidade Curricular Ensino Clínico, importou encontrar os locais adequados para a implementação do projeto estruturado. Procurei identificar um campo de estágio que pela sua organização, localização geográfica e casuística me pudesse proporcionar experiências enriquecedoras e que em simultâneo tivesse uma forte probabilidade de ter um PD, para desenvolver competências que me permitissem prestar cuidados de excelência ao PD e à sua família.

Considerarei pertinente iniciar o meu estágio por uma UCIN do Hospital A, pela especificidade de clientes deste tipo de Unidades, potenciadores de melhores oportunidades de aprendizagem e de cuidados altamente diferenciados. São nomeadamente indivíduos vítimas de acidentes com Traumatismos Crânio-encefálicos (TCE) graves e/ou clientes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágicos.

Escudero (2008)²⁴ refere que em Espanha cerca de 14% das situações de MC ocorrem nas UCI. Este valor aumenta significativamente quando se trata de uma unidade específica de neurocirurgia, podendo chegar a aproximadamente 30%. O mesmo autor saliente que as causas prendem-se com os AVC hemorrágico de etiologia hipertensiva e os TCEs.

Um estudo realizado por Santos (2003)⁸⁹, relativo aos anos de 1994, 1996 e 1997 demonstra uma admissão hospitalar (relativo a Portugal Continental) média de cerca de 13 500 clientes com TCE, em que aproximadamente 1 800 desses clientes acabariam por morrer (relativo a todo o país). Estes números representam uma mortalidade em 1997 de 17/100 000 habitantes, sendo que na faixa etária acima dos 80 anos a incidência é de 54/100 000 e no grupo entre os 20 – 29 anos é de 20/100 000. Tudo isto representa um elevado número de internamentos, com cuidados bastante diferenciados.

A Direção Geral de Saúde (DGS) (2003, pág. 6)²¹, define as UCI como “*locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.*”. Este facto requer enfermeiros bastante qualificados, e com uma experiência elevada em emergência médica e intensiva, detentores de um amplo conhecimento e que me proporcionaram, enriquecedores momentos de aprendizagem.

Durante o período de tempo que permaneci na UCIN, foi-me possível conhecer a dinâmica do GCCT do Hospital A, local onde estagiei durante uma semana, por considerar que o processo de colheita de órgãos é um procedimento complexo que requer um trabalho organizacional muito minucioso para que sejam garantidos não só os órgãos para transplantação, mas também a sua qualidade. É uma prática que não depende apenas da existência de dadores, mas da conduta de toda uma equipa bem treinada na área, e de pessoas responsáveis.⁹⁷

Da terceira reunião do Conselho Iberoamericano de Doação e Transplantação, realizado em 25 de Outubro de 2006, salientava-se na primeira recomendação que emergiu deste encontro o seguinte (2006, pág. 3)¹⁵:

“O processo de doação/transplantação é grande e complicado, não podendo ser deixado à sua livre evolução, ele precisa de uma cuidada protocolização e supervisão para evitar qualquer tipo de improvisação. É por tanto, necessário que haja uma pessoa responsável em cada área/hospital com o objetivo de monitorizar cuidadosamente o processo e determinar onde estão os problemas e onde e quando se devem dedicar os recursos disponíveis”.^c

No restante período de estágio decidi conhecer a realidade da transplantação num outro país, considerado a nível mundial como dos melhores nesta área, tendo alcançado em 2011 uma taxa de 35,3 dadores pmh com 1 667 dadores. Sobressai destes resultados, a diminuição em 15,3%, em que as famílias recusaram a doação de órgãos dos seus entes queridos.⁷¹

Estes resultados em Espanha, tornam-se ainda mais relevantes pela legislação existente em vigor. No país vizinho, é necessário fazer-se prova de que o PD não se opunha à colheita de órgãos em vida, mesmo que essa manifestação de vontade tenha sido feita apenas verbalmente *“Investigar si el donante hizo patente su voluntad a alguno de sus familiares, o a los profesionales (...)”* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pág. 89323)^{d56} Desta forma, procurei compreender de que forma conseguiram obter taxas tão elevadas de doação e de transplantação.

É fácil encontrar registos da atividade Espanhola na área da transplantação. Várias são as notas de imprensa publicadas pela *Organización Nacional de Trasplantes* (ONT) onde são revelados dados que demonstram atividades *records*, ou seja, taxas de doação e transplantação bastante elevadas. No ano de 2011 e num período de três dias realizaram-

^c Tradução livre da autora

^d Investigar se o dador manifestou a sua vontade a algum dos seu familiares ou profissionais de saúde – Tradução livre da autora

se 94 transplantes, provenientes de 39 dadores, que envolveram mais de 1 000 pessoas, algumas delas Portuguesas.⁵⁴

Em Julho de 2012 um novo *record* com 36 transplantes realizados num só dia, com órgãos provenientes não só de dadores cadáveres mas, também de dadores vivos.⁵⁵

Em Espanha, realizei estágio em dois campos distintos. Primeiro permaneci uma semana em contexto pré-hospitalar (PH) e posteriormente duas semanas num Hospital Universitário com elevados índices de colheita e transplantação.

Eleger o PH Espanhol como campo de estágio na área da transplantação, fez para mim todo o sentido, pela experiência profissional que tenho nessa área (presto cuidados de enfermagem em contexto PH desde Março de 2007) e pela relação já antiga que o PH tem com a doação e transplantação no país vizinho. Começou no final de 1989 o primeiro protocolo entre o PH Espanhol e um dos seus Hospitais, tendo sido interrompido durante sensivelmente dois anos e dois meses, entre Novembro de 1992 e Janeiro de 1995. Este protocolo criou a hipótese de colheita de órgãos em DCP provenientes do PH, os denominados tipo II segundo a classificação de Maastricht.³

As duas últimas semanas foram realizadas no GCCT do Hospital B, num dos mais ativos sistemas de colheita e coordenação de órgãos do mundo. Hospital, onde para além das colheitas de órgãos em DV e DMC, se realizam também colheitas de DCP das Categorias II e III de Maastricht. Para além do já descrito, esta instituição mantém uma estreita ligação com um dos sistemas PH locais.

6.2 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS

Segundo Polit (1995, pág. vii)⁷⁶ a *“enfermagem, como profissão, está cada vez mais envolvida com a elaboração de um corpo científico de conhecimentos, relacionado à sua prática”*. Indo de encontro ao referido por Polit e procurando dar vida ao meu projeto, foi fundamental ao longo desta etapa realizar uma pesquisa bibliográfica credível e vasta, que considerasse apropriada e que servisse de base ao meu quotidiano de estágio. Beaven (2004, pág. 47)⁹ refere que *“uma boa pesquisa de literatura pode sustentar todo o processo da resolução do problema”*.

A pesquisa orientou-me para a realização deste relatório e para as reflexões necessárias ao longo do mesmo.

Pearson (2004)⁷² perspetiva uma enfermagem de futuro voltada para prática baseada na evidência (PBE), ou seja que os enfermeiros procurem aplicar no seu quotidiano aquelas que são provas claras do conhecimento. Espera-se que as atividades realizadas sejam postas em prática com a maior eficácia e com os melhores padrões de qualidade mas também, se procura assegurar que as tarefas realizadas são bem feitas. Enfatizo assim o que Gray (1997, pág. 1599)³⁰, relativamente a esta temática menciona *“doing the right things right”*.^e

Ao recorrer à PBE para estruturar o meu raciocínio de pesquisa e desenvolvimento de competências, procurei definir uma questão que se prendesse diretamente com a minha prática profissional de forma a permitir-me perceber e testar as intervenções de enfermagem a ela inerentes e finalmente definir aquelas que demonstrassem ser as melhores estratégias de atuação de enfermagem e que visassem dar resposta ao problema levantado.⁸²

Refletir sobre a prática quotidiana, eleva-nos para um nível superior de conhecimentos, permite-nos crescer enquanto pessoas e enquanto profissionais. Cada cliente é único e cada prestação de cuidados deverá ser centrada nessa singularidade e individualidade. Alarcão (2001, pág. 53)¹, menciona que o enfermeiro como *“um profissional do humano (...) capaz de lidar com o imprevisível, sempre susceptível de emergir no seio das regularidades do dia a dia profissional”*.

A prática reflexiva conduz muitas vezes a um conhecimento sólido de práticas e saberes, mas implica também ter capacidade de reconhecer o erro ou aceitar a mudança. Este fortalecimento da aprendizagem só é possível mantendo em aberto essas possibilidades.⁸⁸

Alarcão (2001, pág. 57)¹, defende que *“refletir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa actividade conceptualizadora lhe atribui significado”*, a mesma autora vai ainda mais longe quando diz que só desta forma as experiências vividas poderão ter um carácter formativo, *“...a experiência, para ser formativa tem de ser (...) reflectida”* (pág. 55)¹.

^e Fazer as coisas certas bem feitas - Tradução livre da autora

Este relatório pretende assim espelhar todo o trabalho de reflexão realizado ao longo deste percurso de novas experiências, descrevendo as aprendizagens alcançadas, os conhecimentos assimilados e as competências desenvolvidas e adquiridas.

Importa ainda salientar, que todo o estágio foi conduzido com base no código deontológico dos enfermeiros e nos princípios éticos biomédicos que Tom Beauchamp estabeleceu em 1979, princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia.⁹⁵ Não coloquei de parte em momento algum o princípio da vulnerabilidade humana, introduzido no Artigo 8º da 33ª Conferência Geral da UNESCO em Outubro de 2005.⁶⁶ Estes princípios norteiam o respeito pela dignidade humana e seus direitos e é fundamental a sua consideração para uma prestação de cuidados isenta de erros para o cliente ou/e para a sua família ou pessoa significativa.

6.2.1 – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos

Consciente da especificidade do tema escolhido e das dificuldades que poderia encontrar ao longo do percurso esboçado, a prestação de cuidados diretos de enfermagem à PSC e sua família foi também um dos propósitos traçados. Para isso, tentei desenvolver competências específicas que me permitissem mobilizar posteriormente esses conhecimentos para o PD em MC. Alarcão (2001, pág. 54)¹ declara que *“ser um enfermeiro competente implica ser capaz de mobilizar, no momento oportuno, um conjunto de conhecimentos e um conjunto de capacidades adequadas a um determinado desempenho exigido por uma determinada situação concreta”*.

A UCIN do Hospital A é uma unidade de referência a nível nacional na área neurocirúrgica. Tem uma lotação de 22 camas, dividindo-se de acordo com as recomendações da DGS em três níveis de cuidados – 10 camas de nível III, 4 camas de nível II (com capacidade de prestação de cuidados de nível III) e 8 camas de nível I. No que diz respeito ao número de Enfermeiros por turno, apresenta normalmente um rácio de 1:2 para as camas de nível II e III e 1:4 no nível I, sendo que durante o turno da manhã neste nível a relação é de 2:3.²¹

Considerando a dinâmica do serviço e do próprio hospital, neste período de estágio, concentrei a maioria dos meus turnos fora do período da manhã e dos dias úteis de semana. De acordo com as informações recolhidas no serviço, pela especificidade das

provas de MC estas dificilmente ocorreriam neste período, o que se tornava impeditivo para a prestação direta de cuidados ao PD.

Por ser um exemplo nacional, a UCIN poderá receber clientes de uma vasta área do nosso país (continente e ilhas). Estes clientes podem ser provenientes do serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital A, de outros hospitais que tenham o Hospital A como referência, podem ser transferidos da Enfermaria por agravamento do estado neurológico ou chegar à UCIN vindos do BO central ou neurocirúrgico.

No decorrer deste estágio tive a oportunidade de prestar cuidados ao PD e de assistir à realização de provas de MC. Na maioria dos turnos, prestava cuidados em parceria com a Enfermeira orientadora aos dois clientes que lhe eram inicialmente atribuídos.

6.2.1.1 – Desenvolver competências que permitam a identificação do potencial dador de órgãos

Durante este período de estágio tive a oportunidade de contactar com profissionais de enfermagem peritos em cuidados à PSC e que com alguma frequência identificavam situações de PDs. Esta realidade foi-me extremamente útil para nortear a minha pesquisa bibliográfica e em simultâneo fortalecer competências facilitadoras para realizar esse reconhecimento.

A identificação de um PD em MC é consensual. A existência de algumas condições prévias ao diagnóstico definitivo é fundamental. A presença 24 horas por dia do enfermeiro junto do cliente, torna-o no elemento mais apto para reconhecer os primeiros sinais de MC.⁷³ Os enfermeiros estão bastante treinados para verificar a ausência de respiração espontânea, a existência de midríase fixa, assim como uma avaliação baixa na Escala de coma de Glasgow (GCS). Estes três fatores em conjunto com um conhecimento prévio da causa da alteração neurológica e a constatação de que há estabilidade hemodinâmica e ausência de hipotermia, alterações endócrinas e metabólicas, agentes depressores do SNC ou bloqueadores neuromusculares reúnem as condições necessárias para a realização de provas de MC.

O rigoroso e periódico controlo analítico realizado aos clientes da UCIN admitia uma perceção atualizada de possíveis alterações endócrinas ou metabólicas, tanto quanto, a

presença de possíveis substâncias depressoras do SNC ou bloqueadoras neuromusculares. Juntamente com o Enfermeiro responsável pelo cliente, mantinha um conhecimento cuidado sobre os resultados dos exames realizados. Realizei por diversas vezes colheitas de sangue arterial para gasimetria, através de um catéter arterial. Puncionei diversos clientes para colheitas venosas, para realização de hemogramas, provas de bioquímica e de coagulação, assim como colheitas para culturas microbiológicas.

A monitorização continua dos clientes no que dizia respeito à sua tensão arterial (TA) avaliada de forma invasiva, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e oximetria periférica, permitia uma identificação precoce de eventuais alterações. Há ainda a salientar que a maioria dos monitores permitia um controlo contínuo da temperatura corporal. O registo destes parâmetros era realizado periodicamente de hora a hora, assim como o do débito urinário (DU). Registava-se ainda uma vez por turno, e sempre que se considera-se necessário, a avaliação da temperatura auricular, glicemia capilar e da pressão venosa central (PVC).

Para que as alterações neurológicas não passassem despercebidas, realizavam-se no mínimo três avaliações por turno da GCS e a sensibilidade das pupilas à luz. Para que a avaliação da GCS fosse o mais credível possível, a estimulação dolorosa era realizada em vários locais de forma bilateral.

Para a pesquisa de ausência de respiração espontânea, os enfermeiros da UCIN recorriam ao momento em que prestavam cuidados brônquicos. Neste momento os clientes eram momentaneamente retirados do suporte da ventilação mecânica invasiva (VMI), para aspiração de secreções brônquicas. Se não apresentassem movimentos torácicos nem reflexo de tosse, poderíamos estar perante um cliente com ausência de respiração espontânea.

Numa fase inicial realizei todas estas avaliações de enfermagem, registos e pesquisas com supervisão clínica e posteriormente de forma autónoma. Estas competências desenvolvidas permitiram-me identificar cinco clientes em MC.

Após o reconhecimento de todas as condições prévias, estão reunidos os critérios para a realização das provas de MC. De acordo com a Ordem dos Médicos (1994)⁴⁷, a verificação da MC obedece a normas rigorosas, que são elas: a realização de no mínimo dois conjuntos de provas, com um intervalo de tempo adequado; a realização de exames

complementares de diagnóstico sempre que necessário; as provas deverão ser realizadas por dois médicos em simultâneo, especialistas em neurologia, neurocirurgia ou cuidados intensivos; nenhum dos médicos poderá estar envolvido nas equipas de transplantação e pelo menos um dos médicos não deverá pertencer à unidade onde o cliente se encontra internado. O Hospital A tem um Procedimento Multissectorial para o Diagnóstico da MC. (Anexo IV)

Pude assistir a sete provas de MC, dos cinco clientes identificados em MC e apenas três deles foram identificados como PD. Para um cliente ser considerado um PD deverá ter-se em consideração uma série de contra indicações, que poderão ser absolutas ou relativas. Consideram-se contra indicações absolutas^{25, 97}:

- Vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- Tumores malignos nos últimos cinco anos, com exceção dos tumores primários do SNC, carcinoma das células basais e carcinoma *in situ* do colo do útero;
- Doença arteriosclerótica avançada;
- Sepsis de origem bacteriana, vírica ou fúngica;
- Tuberculose ativa, doença de Priões;
- Doenças autoimunes;
- Patologia prévia no órgão a transplantar.

Rech (2007, pág. 203)⁸³ refere que “sorologias positivas para hepatite B e C são contra-indicações relativas” e vai mais longe quando afirma que o “receptor HCV+ é o receptor ideal de órgãos HCV+”.

Há no entanto referências de estudos que apontam para transplantações de sucesso em dadores com sepsis ou em choque séptico. Zibari (2000)¹⁰¹ expõe um estudo referente a 36 de 179 clientes transplantados com órgãos de dadores contaminados, em que não se demonstra a existência de uma relação direta para a mortalidade ou morbilidade dos recetores desses órgãos.¹⁰¹

Como já expus anteriormente, as provas de MC são um ato médico, mas contam com a participação do enfermeiro durante a realização das mesmas e na preparação do material. Senti que nesta matéria poderia existir alguma lacuna na UCIN e juntamente com a Enfermeira orientadora, considerei oportuna a realização de um procedimento setorial nesta área, que fosse de encontro ao objetivo expresso inicialmente. Para tal, recolhi informação oportuna no serviço, junto do GCCT do Hospital A e realizei pesquisa

bibliográfica relativa ao tema. A criação de um procedimento, permite à equipa de enfermagem atuar de forma sincronizada sempre que se encontre perante a mesma situação.

A criação deste procedimento (Apêndice III) teve como principal objetivo descrever as atividades de Enfermagem relacionadas com o processo de identificação/referenciação do potencial dador de órgãos/tecidos em morte cerebral e o respetivo contato com o GCCT do Hospital A.

Este foi um trabalho muito bem aceite pela equipa de Enfermagem, uma vez que representava um instrumento de trabalho de fácil consulta. Nele constavam todos os passos a seguir durante o processo e todo o material que seria necessário para a realização do mesmo. Realizou-se uma sessão formativa (Apêndice IV), para que fosse apresentado à equipa e para que eventuais sugestões ou dúvidas pudessem ser esclarecidas.

A ONT, no seu – Guia de Boas Práticas no processo de Doação de Órgãos⁶⁹ – reforça a importância da formação sobre doação e transplantação, especialmente às UCI que recebem clientes neurocríticos, como uma atividade altamente recomendada.

Para que a supracitada sessão fosse mais enriquecedora optei por fazer um resumo de alguns conteúdos teóricos subordinados ao tema. Abordei o conceito de MC; quais as condições prévias que teriam de estar presentes e os requisitos necessários para a realização das provas de MC; quais os reflexos do tronco cerebral pesquisados pelos médicos que teriam de estar ausentes; o material necessário; as intervenções de enfermagem após a identificação de um PD pelo GCCT e por fim os cuidados a ter durante o tratamento ativo do dador.

Este último ponto da apresentação enquadrou-se no segundo objetivo específico estabelecido e que será devidamente comentado e refletido no ponto seguinte do trabalho.

Considero ter logrado em pleno o objetivo a que me propus, aprofundei conhecimentos e tive a oportunidade de assistir a procedimentos praticamente desconhecidos para mim. Esta experiência revelou-se de extrema importância para o desenvolvimento de competências na área de estudos a que me propus neste mestrado.

6.2.1.2 – Desenvolver competências que permitam o tratamento ativo do potencial dador de órgãos

Para que este objetivo fosse exequível estava inerente a prestação de cuidados diretos de enfermagem ao PD e conseqüentemente uma adequada adaptação a UCIN. Considero que foi bastante ajustada a ambientação à estrutura física e organizacional do serviço, assim como, à equipa multidisciplinar, salientando-se a de enfermagem e em específico a equipa da minha enfermeira orientadora. Esta facilidade possibilitou-me compreender melhor a dinâmica da equipa e as tarefas que cada um desempenha no seu interior.

As diferentes ocasiões proporcionadas pelos enfermeiros para colaborar na prestação de cuidados à PSC, coadjuvaram o desenvolvimento de competências que seriam posteriormente fundamentais para a execução de cuidados específicos ao PD, bem como as distintas oportunidades tidas para manusear todo o material disponível.

É impossível dissociar o objetivo supracitado com o do ponto anterior e como já referi anteriormente tive a oportunidade de identificar três PD.

O primeiro cliente ao qual foi estabelecido o diagnóstico de MC e com o qual tive contato, já lhe tinham sido efetivadas as primeiras provas, motivo pelo qual permaneci muito pouco tempo junto dele. Foi possível colocar algumas questões, mas no que concerne ao tratamento ativo do dador foi um momento pouco formativo, uma vez que seria necessário transportar, com urgência o PD até ao BO para se efetuar a colheita de órgãos. Solicitei à coordenadora do GCCT do Hospital A permissão para visualizar a colheita de órgãos. Fui autorizada. Durante a colheita tive a oportunidade de visualizar toda a logística envolvida, assim como todo o trabalho de coordenação realizado, sempre de acordo com as etapas que iam surgindo ao longo da colheita.

Os enfermeiros e médicos presentes na sala foram bastante disponíveis, o que tornou aquela experiência em mais um oportuno momento de aprendizagem. Naquele momento, compreendi a importância de um período de estágio no GCCT para o meu projeto de mestrado. Temática que oportunamente desenvolverei neste relatório.

Quando me deparei com o segundo PD estava a iniciar-se a preparação do material para a realização das primeiras provas de MC e tinha sido informada a família do agravamento da situação clínica do cliente. Acompanhei a execução das provas de MC, que

confirmaram a forte suspeita prévia e procurei colaborar com a enfermeira responsável pelo cliente na prestação de cuidados, pretendi manter um maior distanciamento para poder observar todas as alterações que ocorriam e as respostas dadas pelo cliente às intervenções realizadas.

O tratamento ativo de um PD exige muito do enfermeiro, é necessário possuir uma forte base de conhecimentos teóricos para poder compreender todas as alterações que estão a ocorrer no momento. Peiffer (2007)⁷³ sugere mesmo que o rácio de enfermeiros para o PD em MC deveria ser de 3:1, pois ela defende que os cuidados de enfermagem poderão ainda ter de ser mais rigorosos depois da MC do que antes dela ocorrer.

É vital, possuir experiência em PSC para ter agilidade suficiente para mobilizar conhecimentos e técnicas; estar desperto para as necessidades da família/pessoa significativa; deter uma capacidade comunicacional capaz de instituir uma relação de ajuda e de permitir à família/pessoa significativa superar o processo de transição situacional que está a vivenciar.

A família do cliente também era um dos meus objetos de estudo, para o desenvolvimento de competências. Aproveitei a oportunidade criada para me aproximar dela e estabelecer uma relação eficaz que fosse benéfica e eficiente. Refletirei sobre este momento no desenvolvimento de uma competência mais específica para ele.

A possibilidade de cuidar do PD surgiu numa fase já avançada do estágio. Quando cheguei à UCIN já tinham sido realizadas as primeiras provas de MC e assim como os primeiros contatos com o GCCT, para se dar início a todo o processo que envolve a identificação do PD.

Finalmente, chegou o dia em que poderia por em prática todas as competências já desenvolvidas. A enfermeira orientadora atribuiu-me a responsabilidade total do tratamento ativo do PD, sob a sua supervisão clínica.

De futuro referir-me-ei ao PD como o FB para mais fácil identificação. O Sr. FB era um cliente do sexo masculino, de 68 anos de idade, de raça caucasiana, que teve um AVC hemorrágico. A realização de tomografia axial computadorizada, revelou volumoso hematoma parenquimatoso profundo do lobo frontal direito, com marcado efeito de massa locoregional, complicado de hemorragia tetraventricular e subaracnoídea maciça. De acordo com a informação fornecida pela família do Sr. FB, este apenas teria como

antecedentes pessoais, Glaucoma e à observação apresentava Vitilium. Não tinha um seguimento médico regular e desconheciam-se hábitos tóxicos.

A MC implica múltiplos efeitos deletérios para o organismo, que se não forem atempadamente identificados, vão colocar em risco, não só, a qualidade dos órgãos a transplantar, como também a viabilidade do próprio dador, uma vez que a MC vai irreversivelmente conduzir a uma PC. Estalella (2004, pág. 33)²⁵, manifesta a necessidade de modificação da mentalidade no momento em que ocorre a MC, comenta que *“se tem de deixar de tratar a doença do paciente e começar a manutenção do dador, de forma a preservar os órgãos de uma maneira ótima”*^f. Mas, embora esta seja uma realidade, Peiffer (2007)⁷³ menciona que para os enfermeiros a transição de cuidar enquanto há vida para cuidar em MC poderá não ser fácil.

O número de órgãos recolhidos e a qualidade dos mesmos está associado à prestação de cuidados intensivos padronizados.⁸⁵ Ao ser colocada em prática uma adequada preservação, garantimos ao recetor órgãos de qualidade e conseqüentemente uma diminuição das complicações que poderão estar associadas à transplantação.

Um PD em MC irá ter alterações cardiovasculares com transtornos hidroeletrólíticos, ausência de respiração espontânea, perda do controlo da temperatura, alterações endócrinas, imunológicas e coagulopatias.^{25, 28, 97} Todas estas modificações impõem aos profissionais de saúde cuidados de PSC, requerendo por isso uma monitorização ininterrupta e minuciosa.

Na sequência da MC surgem dois momentos colossais no que se refere à estabilidade hemodinâmica. O primeiro colapso dá-se com uma grande libertação de catecolaminas associada à “tempestade autonômica”, esta traduz-se numa intensa vasoconstrição, que vai desencadear hipertensão grave, taquicardia e um aumento do consumo de Oxigénio pelo miocárdio, que pode induzir a situações de isquémia e necrose do miocárdio, para além da possibilidade de alterações do ritmo cardíaco.³³ A segunda fase surge acompanhada por uma profunda perda do tónus vagal, com a conseqüente diminuição da resistência vascular periférica, bradicardia, hipotensão, diminuição do débito cardíaco e hipoperfusão sistémica.¹⁷

Powner (2000)⁷⁷, atribui às oscilações da TA como a causa mais comum e ao mesmo tempo, as mais difíceis de controlar e tratar, particularmente a hipotensão. O mesmo autor

^f Tradução livre da autora

defende que a hipotensão poderá estar associada à hipovolemia. Hipovolemia “absoluta” se for por perdas significativas de sangue em situações de trauma hemorrágico ou de fluídos por uma diabetes *insipidus* que provoca poliúria, pelo efeito residual dos diuréticos administrados ou pela diurese osmótica secundária à hiperglicemia. A vasodilatação associada ao Choque Distributivo irá provocar uma Hipovolemia “relativa”.

Para manter uma boa perfusão orgânica será necessário manter Tensão Arterial Sistólica (TAS) > 90 mmHg; Pressão Arterial Média (PAM) \geq 60 mmHg e uma PVC entre 10 – 12 cm H₂O.^{25, 77, 97}

Powner (2004)⁸⁰ prefere manter uma atitude conservadora perante a hipertensão arterial (HTA) durante o período em que ocorre a MC, no entanto se mantiver uma PAM \geq 95 mmHg passados trinta minutos da verificação da MC, deverão ser iniciadas medidas terapêuticas. Ele recomenda a redução ou suspensão de medicação inotrópica ou vasopressora em infusão, o uso de labetolol e, se estas medidas não forem eficazes, recorrer à administração de bloqueadores de canais de cálcio. No artigo de Powner (2004)⁸⁰, referido anteriormente, ele elabora um diagrama de controlo de TA, de fácil interpretação e de grande utilidade (Anexo V).

Quando cheguei à unidade o Sr. FB já tinha o diagnóstico de MC estabelecido há algumas horas e conseqüentemente não me foi possível observar o período de “tempestade autonômica”. O qual me foi relatado pela enfermeira responsável por ele durante o período de passagem de turno.

Para se manter uma correta e adequada estabilidade hemodinâmica, que permitisse a perfusão tecidual, tinha sido necessário recorrer ao uso de Noradrenalina. Os pequenos ajustes do ritmo da perfusão foram realizados, frequentemente, de acordo com as necessidades, com o objetivo de se manter uma TAS > 90 mm de Hg e uma PAM \geq 60 mm de Hg. Sendo este facto possível pela adequada e constante vigilância da TA invasiva.

Gonzáles (2008)²⁸, no entanto, defende que o uso de noradrenalina só deve ser preconizado em dadores multiorgânicos, que permaneçam hemodinamicamente instáveis após a reposição adequada de volume e o uso em doses elevadas de dopamina e dobutamina. O seu uso provoca vasoconstrição e diminuição do fluxo sanguíneo ao nível do fígado, pâncreas e rins, podendo assim comprometer a qualidade dos órgãos a transplantar. Há também quem refira que a “*vasopressina tem demonstrado possuir um*

efeito estabilizador da pressão arterial sistémica após a morte cerebral (...) permite manter o metabolismo energético e é eficaz quando administrada em doentes com diabetes insipidus” (TPM, 2007, pág 104).

Perante os resultados analíticos obtidos, constatava-se algumas alterações significativas, hipernatremia e hiperglicemia. Recorreu-se então à administração de insulina em perfusão EV e à substituição do soro fisiológico simples por Lactato de Ringer e Dextrose a 5% em H₂O. A verificação analítica realizada com algumas colheitas de sangue para bioquímica e hemograma, assim como controlo seriado por gasimetria arterial de 2 em 2 horas foi fundamental. Esta averiguação permitiu também, manter uma apertada vigilância sobre o pH sanguíneo, que se manteve sempre dentro de parâmetros normais. A avaliação da PVC não foi descurada, sendo realizada de 2 em 2 horas, para evitar uma sobrecarga cardíaca ou edema pulmonar. Para a manutenção do equilíbrio eletrolítico recorreu-se à administração de iões, tanto em bólus (Fosfato Monopotássico) como em perfusão contínua (Cloreto de Potássio). Para fazer face à hipernatremia foi ainda administrada água em pequenos bólus pela SNG, com o intuito de obter valores sericos entre os 130 – 150 mEq/L.^{44, 57, 96}

Manter o equilíbrio hidroeletrólítico no PD é um objetivo indispensável de cumprir. As alterações iónicas podem ser o resultado de poliúria, frequentemente presente durante o tratamento do PD. Normalmente, bastará controlar analiticamente estes resultados com intervalos de 2 a 4 horas. Os desequilíbrios ácido-base podem inviabilizar a colheita de órgãos pelos danos causados ao nível da função celular. As alterações que ocorrem ao nível de órgãos, tecidos e da função celular durante a MC, assim como uma inadequada adaptação à VMI, poderão ser o assento de desequilíbrios ácido-base determinantes para a doação.^{78, 81}

Sendo um dos critérios necessários para o diagnóstico de MC – ausência de respiração espontânea – uma vez que a respiração é controlada pelo centro respiratório localizado no cérebro, e pelas lesões previamente sofridas a nível cerebral, estes clientes estão imperiosamente em VMI. E como já foi referido, uma VMI desajustada poderá comprometer todo o processo de colheita de órgãos.

Mascia et al. (2010)⁴² conduziram um estudo no qual compararam duas estratégias ventilatórias em PD de pulmão, os resultados obtidos demonstravam uma inclusão de 95% dos clientes em MC no qual tinha sido aplicada a estratégia protetora de ventilação, contra os 54% da estratégia conservadora. Na estratégia protetora os parâmetros

ventilatórios consistiam num volume corrente (VC) entre 6 e 8 ml/kg com um PEEP de 8 a 10 cm H₂O, com uma FR ajustada (oscilou entre os 13-14 ciclos/min) para obter uma PaCO₂ entre 40 – 45 mm Hg e a fração de oxigénio inspirado (FiO₂) era otimizada para se alcançar uma PaO₂ ≥ 90 mm Hg. Para a estratégia conservadora os parâmetros instituídos residiam numa FR de 11 ciclos/min, com um VC entre 10 e 12 ml/kg e um PEEP variável entre 3 e 5 cm H₂O.

Estalella (2004)²⁵ destaca ainda a importância de saturações periféricas de oxigénio superiores a 95% e dos cuidados gerais que um cliente com entubação orotraqueal e conetado a uma VMI necessita.

A aspiração de secreções, monitorização contínua da saturação periférica de oxigénio e a realização e interpretação de gasimetrias arteriais seriadas, permitiu que o Sr. FB mantivesse uma adequada ventilação. Para tal, não foi necessário realizar grandes alterações dos parâmetros introduzidos na VMI. Com o objetivo de obter uma PaO₂ ≥ 90 mm Hg, realizaram-se os seguintes ajustes ventilatórios:

- FiO₂ 40% passou para FiO₂ 55%;
- PEEP 6 passou para PEEP 8;
- VC 500 passou para VC 520.

Inicialmente com uma temperatura timpânica de 35 °C, recorreu-se ao uso de aquecedor para elevar a temperatura corporal e mantê-la estável em valores que oscilaram entre os 36 °C e os 36,5 °C. Sendo este um método que se revelou eficaz, não foi necessário recorrer a mais nenhuma manobra para manter a temperatura corporal dentro de valores considerados eficazes e se garantir a viabilidade dos órgãos.

Normalmente, após a MC o hipotálamo deixa de exercer a sua função termorreguladora. As alterações da temperatura ocorrem geralmente no PD e podem acarretar consequências nocivas bastante significativas. A Hipotermia pode desencadear coagulopatias, arritmias, aumento do DU induzido pelo frio, disfunção da contratilidade cardíaca, entre outras. É fundamental a sua monitorização para uma deteção precoce. Para prevenir estas situações dever-se-á recorrer ao uso de cobertores térmicos, de infusões endovenosa quentes, utilizar um sistema de ventilação aquecido e humidificado e ainda, se necessário lavagens gástricas com líquidos quentes.^{25, 79}

Por ter sido administrado um volume significativo de soros dextrosados, foi necessário recorrer à perfusão de insulina EV (Insulina Actrapid® numa diluição de 50 UI em 50 ml

de Cloreto de sódio 0,9%) pela hiperglicemia que apresentava, como já anteriormente referido O ritmo da perfusão foi sendo ajustado a cada 2 horas, com o objetivo de manter as glicemias entre os 120 e os 180 mg/dl.^{58, 99}

Masson et al. (1993)⁴³ refere após a realização de um estudo em 25 clientes em MC que *“endocrine pancreatic function can be considered effective after brain death”^g*, embora seja necessário compreender o motivo que leva à resistência da insulina nestes clientes. O estudo realizado por Obermaier et al. (2003)⁶⁰ no entanto demonstra pela primeira vez que a MC *“causes significant pathophysiological alterations in the pancreas, demonstrated by microcirculatory deterioration, elevated inflammatory tissue response and histological pancreas damage”^h*.

Embora não tenham sido verificadas mais intercorrências secundárias à MC no Sr. FB, a verdade é que é muito frequente e está associada a cerca de 87% dos clientes em MC. Designa-se de diabetes *insipida* e surge por défice da hormona antidiurética, pela disfunção do hipotálamica-hipofisária. Esta complicação está relacionada com uma poliúria hipotónica com um DU > 4ml/Kg/h e com uma densidade inferior a 1005, que geralmente tem associada uma hipernatremia e hiperosmolaridade plasmática ≥ 300 mmol/kg. O tratamento consiste numa reposição de volume (deverá ser de acordo com as concentrações iónicas séricas) e na administração de desmopressina ou vasopressina.^{28, 97}

Gonzáles (2008, pág. 159)²⁸ expõe que *“ao contrário dos transtornos da hipófise posterior, as hormonas libertadas pela adenohipófise raramente apresentam alterações significativas”ⁱ*. Mas, na realidade há uma diminuição dos níveis plasmáticos de T₃ e T₄ livres na MC que estão associados à alteração do metabolismo aeróbio. Este facto representa uma diminuição das reservas energéticas do miocárdio e faz com que consequentemente haja um aumento dos níveis de lactato e deterioração da função cardíaca.^{28, 58, 97}

Outra das mudanças que poderá estar ligada à MC são as alterações da coagulação, muitas vezes associada ao que precede a MC. Estas perdas podem ser por qualquer causa e irão colocar em risco a perfusão contínua dos tecidos. A coagulopatia por diluição ou a coagulação intravascular disseminada podem ocorrer durante a reanimação com

^g A função endócrina do pâncreas pode ser considerada eficaz após a morte cerebral – Tradução livre da autora

^h Causa alterações patofisiológicas significativas no pâncreas, demonstradas pela deterioração da microcirculação, elevada resposta inflamatória dos tecidos e danos histológicos no pâncreas – Tradução livre da autora

ⁱ Tradução livre da autora

fluidos ou após um trauma grave. O objetivo do tratamento será a correção da coagulopatia e da trombocitopenia. As transfusões sanguíneas deverão ser administradas se as concentrações de hemoglobina forem inferiores a 10 g/dl ou se apresentar um hematócrito abaixo dos 30%, mas se com uma hemoglobina entre 7 e 10 g/dl o cliente se apresentar hemodinamicamente estável esta transfusão deverá ser ponderada.^{18, 28, 80, 92, 97}

Embora, como já referi anteriormente, haja estudos que apontam para transplantações de sucesso com dadores em sepsis ou em choque séptico, a verdade é que muitos são os PD que continuam a ser excluídos por apresentarem infeções. Fernandes et al. (2008)²⁶ num estudo realizado em São Paulo, no Brasil, aponta a rejeição de pulmões por infeção como a segunda causa de negação deste órgão para colheita e transplante, com uma representação de 23,7% no estudo.

A forma mais eficaz de prevenir a infeção é manter uma estrita assepsia na manutenção da via aérea, da sonda vesical e gástrica, de cateteres arteriais e venosos (centrais e periféricos). Para tal, será crucial uma cuidada lavagem das mãos antes e depois de qualquer procedimento junto do PD. Deverão ser realizadas culturas a nível do sangue, urina e secreções traqueais. Poderá recorrer-se ao uso profilático de antibióticos de largo espectro, uma vez que os resultados analíticos poderão chegar após a colheita dos órgãos do PD.^{25, 28, 97}

Além destes cuidados prestados ao PD, comuns a qualquer outra PSC, e todos os outros já descritos anteriormente, teve-se em atenção alguns cuidados gerais para o Sr. FB (elaborei um plano de cuidados para uma mais adequada prestação de cuidados – Apêndice V): elevação da cabeceira a 30°; mudanças de decúbito; cuidados gerais de higiene.

Não foram tidos cuidados específicos com os olhos, nomeadamente lubrificação e cobertura dos mesmos, pois o Sr. FB tinha antecedentes de glaucoma e não poderia ser dador de córnea. Não se realizou a tricotomia antes de ir para o BO, por não se considerar necessária.

Após a prestação de todos os cuidados necessários no tratamento ativo do Sr. FB como PD, e com autorização do GCCT, acompanhei o transporte do corpo até ao BO. Este foi realizado após as segundas provas de MC e o preenchimento do certificado de óbito. A deslocação até ao BO foi realizada pela equipa médica e de enfermagem da UCIN,

mantendo todos os cuidados que tinham sido prestados até ao momento.

Apesar de todos os esforços realizados, não foi possível reverter o quadro de hipernatremia, inviabilizando-se assim a colheita de rim. Este facto associa-se à administração de soluções com elevadas concentrações de sódio numa fase inicial da admissão na UC-NC, para fazer face ao edema cerebral apresentado pelo Sr. FB. Powner (2000)⁸¹, reforça esta ideia quando menciona que distúrbios hidroeletrólíticos poderão estar associados aos tratamentos administrados numa fase inicial, pela patologia neurocirúrgica que obrigou o cliente a ser admitido no hospital.

Entendo haver atingido a plenitude das competências referidas, já que o fígado do Sr. FB foi considerado válido para transplantação. Esta foi sem dúvida uma experiência que me permitiu desenvolver bastantes competências na PSC mas, especialmente ao PD.

6.2.1.3 – Desenvolver competências que permitam estabelecer uma comunicação adequada com a família/pessoa significativa do potencial dador de órgãos

Ao longo deste período de Ensino Clínico na UCIN, tive a oportunidade de ver estampado no rosto de muitos familiares a dúvida, a angústia, o medo, a incerteza, a tristeza, o desespero... sentimentos estes que ficavam evidentes pela sua comunicação não verbal quando recebiam a informação de um prognóstico muito reservado ou a consternação total de receber uma má notícia.

Os enfermeiros pela posição privilegiada que ocupam junto do cliente, podem estabelecer uma relação de proximidade e respeito com as famílias em todas os cuidados que prestam e em que elas estão por perto. Os enfermeiros representam junto da família com as suas intervenções um papel de suporte e de educação, uma vez que a situação clínica do seu familiar pode influenciar bastante o bem estar e a saúde da família, assim como a responsabilidade que poderão sentir pela doença (Phaneuf, 2005)⁷⁵.

Identificar um potencial dador de órgãos envolve o enfermeiro em várias vertentes. Requer que este esteja apto em termos técnicos e teóricos para a sua identificação e posterior tratamento ativo, mas obriga também a uma enorme competência humana e emocional.

A dificuldade de comunicação, a incerteza do prognóstico, o próprio ambiente das unidades faz com que a família/pessoa significativa do cliente esteja muitas vezes fragilizada em termos emocionais e com uma perceção errada da realidade.

Ao enfermeiro especializado em PSC compete estar desperto para esta realidade e minimizar o impacto que esta transição tem para o quotidiano familiar, para que se processe da forma mais adequada possível.

Para Meleis (2010)⁴⁵, ter um familiar internado numa unidade de cuidados intensivos, requer uma grande adaptação familiar, poderão ser várias as transições a que esta família terá de se adaptar. De acordo com a autora, poderemos até falar de transições sequenciais, uma vez que, a transição saúde/doença irá implicar muitas vezes uma transição organizacional, que poderá ainda desencadear uma transição situacional. A doença que ocorre e que resulta no internamento em UCI, é na sua grande maioria, completamente inesperada para a família e para o cliente. Este cliente poderia ter uma representação fundamental no seio daquela família. De acordo com Alarcão (2000, pág. 51)², referindo Minuchin (1979) a família estabelece um modelo de relações seu, próprio de cada família, em que os papéis resultantes de cada um dos seus elementos são provenientes de *“adaptações recíprocas, implícitas e explícitas, entre os seus elementos”*. A representação económica para a família deste cliente pode abalar totalmente a estrutura familiar, e se este internamento tiver um desfecho negativo, a morte representará para a família um momento de transição organizacional.

Facilmente se identificam, um pouco espalhados por todo o mundo, vários estudos nesta área – necessidades dos familiares de doentes internados em cuidados intensivos. Na sua grande maioria, percebe-se que a informação fornecida e a forma como é transmitida, são dos aspetos mais valorizados pela família, que se encontra a viver grandes momentos de stress e dúvida.^{11, 34, 93}

No contexto de degradação do estado neurológico de um cliente neurocrítico, com prognóstico muito reservado ou na comunicação de morte cerebral do cliente, a “má notícia” não será dada ao próprio mas à sua família/pessoa significativa. De acordo com Buckman⁵² o protocolo para a comunicação de más notícias ao cliente deverá ser realizado respeitando seis etapas e orientado para o próprio (Anexo VI). Apesar de muito utilizado em oncologia, este protocolo tem por objetivo guiar/orientar para a comunicação de más notícias, motivo pelo qual o poderemos também aplicar em contexto de Unidade,

mas dirigindo-o à família/pessoa significativa, seguindo, da mesma forma, todas as etapas propostas.

Durante este período, tive a oportunidade de presenciar a comunicação de uma má notícia aos familiares de um cliente, como já havia enunciado anteriormente, ao qual iriam ser realizadas provas de morte cerebral. Esta notícia foi comunicada pela médica. Foi dada fora do espaço ideal e do contexto adequado, sem planeamento prévio de qualquer estratégia de intervenção com a equipa de enfermagem, ou com a enfermeira responsável pelo cliente.

O Sr. JS (denominado desta forma para garantir toda a confidencialidade do cliente) encontrava-se internado na UCIN após ter sofrido um TCE, num contexto já por si dramático. O Sr. JS dirigia-se com a esposa ao cemitério, para visitar a campa do seu neto, que tinha falecido no início do ano, com apenas 9 anos, após doença oncológica. Desequilibrava-se no passeio, caiu e bateu com a cabeça num poste.

Durante alguns dias esteve internado na UCIN. O seu estado neurológico agravou-se. Com todas as condições prévias reunidas deu-se início ao processo para a realização de provas de MC, que o identificassem como PD.

A forma como a família foi informada das provas de MC não respeitou em nada o protocolo de Buckman⁵². Esta não foi conduzida para um local de maior privacidade e tranquilidade, que se tornasse mais confortável e permitisse aos profissionais de saúde estabelecer uma relação de empatia e solidariedade. Não foi possível compreender o grau de conhecimento que a família possuía da situação clínica do Sr. JS. Não foi fácil saber se a informação que previamente tinha sido prestada era a adequada sobre a gravidade da situação, de que forma estava assimilada e quais eram as expectativas...

Peiffer (2007)⁷³, no seu artigo, salienta a importância de dar à família tempo, que irá variar de caso para caso, para perceber o diagnóstico e absorver a sua perda, mesmo que já tenha sido realizado o diagnóstico de MC.

A família do Sr. JS ficou confusa, perdida, impotente perante a situação e sem coragem de colocar questões. Era fácil perceber o vazio no seu olhar, diante deste momento de dor, foi necessário criar com a família um elo de proximidade. Eu era apenas uma pessoa estranha, até mesmo em contexto de Unidade... Era a primeira vez que estava junto do Sr. JS e tinha plena consciência que esse facto poderia ser uma barreira naquele delicado momento, mas seria impossível não partilhar daquela dor.

Ofereceu-se à família um ambiente mais isolado junto do Sr. JS e informou-se que poderiam estar junto dele todas as pessoas que a família considerasse relevantes, durante o período de tempo que desejassem.

Após se ter proporcionado o melhor ambiente possível, apresentei-me à família, referindo que estaria disponível para dar todo o apoio que solicitassem e esclarecer todas as dúvidas que tivessem. É importante realçar que nem sempre é fácil para a família entender o real significado de MC, uma vez que o seu ente querido continua “vivo”. Não só não está desperta para esta situação, como também não a compreende. Perante as circunstâncias, a família continua a ter o contato visual e tem muitas vezes dificuldade em assimilar que tudo o que vê, o seu familiar está dependente de um ventilador e da administração de alguma medicação. De acordo Long, T. et al., (2008)³⁷, vários estudos expressam a necessidade de transmitir corretamente o conceito de morte cerebral e perceber se efetivamente os familiares, envolvidos, ficam elucidados quanto ao conceito. Neste artigo, são relatados estudos que demonstram que as famílias, mesmo quando afirmam compreender a informação que é transmitida, não a percebem completamente.

Como já descrito, em Portugal, não é necessário o consentimento da família para que alguém seja dador de órgãos, o Decreto Lei nº244/94⁴⁸ mas, esta é uma evidência desconhecida por muitas famílias, ao consultar o RENNDA⁷, percebemos que não houve uma variação significativa no número de pessoas inscritas desde 1994/95. Para além desta variação, o número de pessoas inscritas atualmente representa menos de 1% da população portuguesa.⁷

Após o impacto da má notícia e a criação de um ambiente de maior privacidade e estabilidade, a família presente (as duas filhas e a esposa) junto do Sr. JS, colocou as suas dúvidas. A má notícia, comunicada pela médica, permitiu-me apoiar três mulheres, ainda não repostas de um doloroso processo de luto, possibilitou-me desmistificar mitos associados à colheita de órgãos, mas acima de tudo deu-me a possibilidade de dar, aquela família, um pouco de paz, de conforto, de apoio e de carinho. Foi assim possível ganhar a sua confiança e a sua gratidão, num enorme momento de perda.

Para os enfermeiros da unidade, estes são momentos que já viveram muitas vezes, e que com alguma agilidade estão habituados a gerir. Para mim, a comunicação de uma má notícia não era uma situação nova, mas permanecer com a família por um longo período de tempo, após essa comunicação, representou um novo contexto. Phaneuf (2005, pág. 4)⁷⁵ refere que *“as exigências, os desafios e as possibilidades de evolução encontradas*

no decurso das situações de trabalho e de estágio em que se encontra, e tudo o que lhe permite enriquecer a sua bagagem de experiências e de conhecimentos”.

Consegui estabelecer uma relação de ajuda eficaz, pelo que considero ter alcançado a meta inicialmente proposta. Sinto-me bastante satisfeita pelas capacidades de ajuda e comunicação estabelecidas. Como pode uma família agradecer a um profissional de saúde quando lhe estão a dizer que... o seu pai e marido morreu?! Phaneuf (2005, pág. 463)⁷⁵ salienta que *“Um papel muito ingrato que acontece à enfermeira é preparar a família para receber uma má notícia. (...) a presença da enfermeira torna-se muito preciosa para responder às questões dos próximos, escutá-los e levar-lhes o reconforto da sua compreensão.”*

Estou crente que tudo isto me conduziu a um enorme crescimento pessoal e profissional, assim como, ao desenvolvimento e aquisição de competências.

6.2.2 – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital A

O GCCT do Hospital A, faz parte de um grupo de cinco GCCTs existentes a nível nacional, é responsável pela Coordenação central de colheita e transplantação de dezasseis Hospitais, cinco dos quais fazem parte do seu centro hospitalar.

Compete ao coordenador do GCCT, de acordo com a Portaria nº 357/2008, de 9 de Maio (2008, pág. 2513)⁵⁰, *“a dinamização, regulação, normalização, controlo e fiscalização da actividade desenvolvida pela rede”*, o que vai incluir inúmeras atividades diretamente relacionadas com a identificação do PD.

Atendendo às indicações de desempenho deste tipo de serviço, realizei, durante esta fase, todos os turnos durante o período da manhã, de modo a poder acompanhar de perto o trabalho desenvolvido pela Coordenadora. Não havia intenção alguma de prestar cuidados diretos ao cliente nesta etapa, apenas observar e compreender de que forma poderia o Coordenador ter um papel tão preponderante na deteção de PD.

Ao assumir a função de Coordenadora do GCCT do Hospital A, a enfermeira tem de se articular com todos os outros coordenadores hospitalares de doação dos Hospitais de Portugal Continental e Ilhas com alguma frequência. As equipas de colheita do GCCT do Hospital A poderão ter de se deslocar por uma abrangente área do nosso país.

Durante esta semana acompanhei todas as atividades realizadas pelo GCCT, com o intuito de desenvolver competências que permitam a identificação do potencial dador de órgãos.

Todo o processo de colheita de órgãos é realmente complexo e requer uma grande organização e treino por parte das equipas de coordenação. A presença de elementos detentores de formação especializada em Coordenação de Transplantes facilitará todo o processo e permitirá obter garantias de qualidade nos órgãos a transplantar. Para além destes aspetos, um coordenador competente conseguirá certamente angariar um maior número de PD, identificando problemas e suas respetivas soluções à medida que vão surgindo, tornando-os cada vez menos frequentes e desta forma, contribuir para a diminuição das listas de espera.^{15, 97}

A Coordenadora do GCCT do Hospital A era detentora de diferentes formações especializadas e possuidora de largos anos de prática profissional na área da transplantação. Esta experiência acumulada era facilmente perceptível na habilidade demonstrada diariamente para a angariação de PD.

Todos os dias era realizada uma pequena visita pelas UCI não neurocirúrgicas e pelo SUG, no sentido de compreender se poderia haver algum PD que não tivesse sido ainda identificado. Este trabalho quotidiano permitia o reconhecimento, o esclarecimento de dúvidas e em simultâneo criava nas equipas um enorme sentido de responsabilidade e de dever para com a doação.

Apesar de estar sempre contactável por telemóvel, a enfermeira tinha uma presença física hospitalar semanal, em dias úteis num horário das 9 às 17 horas mas, para além desta presença, eram inúmeras as vezes que se deslocava ao Hospital para realizar consultas ao RENNDA e avaliar PD. A disponibilidade, a presença e os espírito de liderança são algumas das qualidades necessárias, 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 deste procedimento. Ainda assim, é exigido conhecimento em diferentes áreas, tanto técnica como jurídica, para se poder encontrar de uma forma resoluto, a resposta a todos os eventuais impedimentos que forem surgindo.⁶⁹

Entre segunda e sexta feira efetuava um levantamento de todos os óbitos ocorridos no centro hospitalar no dia anterior (na segunda feira eram referentes a todo o fim de

semana), com a finalidade de identificar PD que não tivessem sido reconhecidos como tal pelas equipas de serviço. Isto permite não só controlar, todos os óbitos, como diminuir o número de PD não referenciados, uma vez que, é posteriormente realizado um trabalho de sensibilização, junto dos elementos de chefia dos serviços, com a apresentação gráfica dos resultados obtidos.

O espírito jovem, o reconhecimento e a facilidade de relacionamento com os profissionais de saúde da instituição, são características indispensáveis ao coordenador para alcançar os objetivos pretendidos.^{69, 97} A quinta recomendação, resultante da terceira reunião do Conselho Iberoamericano em 2006 para a Doação e Transplantação, no que refere ao Coordenador, manifesta a importância deste ser uma pessoa cujo perfil e as responsabilidades estejam claramente definidas, para que possa desempenhar um trabalho que marque a diferença e que garanta o sucesso de todo o processo de colheita e transplantação.¹⁵

É uma recomendação básica, expressa na grande maioria dos artigos ou manuais e prende-se com a realização de formação específica e especializada na área da doação.^{15, 69, 97} O esforço realizado pela Enfermeira para ir ao encontro deste conselho junto dos outros Hospitais da rede, permitiu-me a realização do curso ETPOD (*European Training Program on Organ Donation*). Um curso de reconhecimento europeu na área da Colheita de órgãos e transplantação, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para a doação e difusão do conhecimento relativamente a todos os processos envolvidos (não me é permitido anexar o certificado da formação porque até a data de entrega deste relatório não me tinha sido entregue o certificado comprovativo da formação realizada).⁴⁰

Outra das competências do GCCT é, de acordo com a Portaria nº 357/2008, de 9 de Maio (2008, pág. 2515)⁵⁰, “proceder à distribuição de órgãos pelas unidades de transplante em conformidade com as normas em vigor”. Os critérios de distribuição e alocação dos órgãos, poderão ser considerados como um dos pontos chaves para se manter toda a credibilidade do sistema. Pois a maioria dos clientes aguarda longos períodos de tempo em lista de espera para um transplante, havendo mesmo aqueles que não chegam a ser transplantados, uma vez que morrem antes de alcançar o tão desejado órgão. É obrigatório que a distribuição de órgãos seja realizada com base em princípios de justiça e de igualdade, para o benefício de todos os recetores.^{15, 69}

Este não é o único aspeto organizativo que está a cargo do GCCT. Era visível o suporte dado pela coordenadora às suas equipas de colheita, no esclarecimento de dúvidas, na

informação de intervalos de tempos e garantia que eram cumpridos; no esclarecimento dos locais exatos dentro do Hospital; na maneira precisa de lá chegar e para que tudo corresse adequadamente, se necessário, destinava uma pessoa exclusivamente para indicar o percurso.

Se pensarmos numa colheita que envolva a extração de mais do que um órgão ou tecido, e que abrange uma enorme equipa, é fundamental um grande profissionalismo da equipa de coordenação, para garantir que não haverá falhas no sistema organizativo que condicionem a viabilidade de algum transplante.

Para além da formação que oportunamente realizei, as atividades cumpridas esta semana consentiram-me ampliar os meus conhecimentos e simultaneamente observar como é viável realizar um trabalho tão exigente de forma tão profissional e dedicada.

Mesmo perante todas as atuais adversidades e desincentivos provocados pela situação económica do país, é ainda possível sustentar uma realização pessoal e profissional, quando o que se faz é bem feito e contribui de forma tão eficaz para uma causa tão nobre.

Ao refletir sobre esta semana, comprovo ter desenvolvido inúmeras competências na identificação do PD, como inicialmente me tinha proposto.

6.2.3 – Estágios realizados em Espanha

Como já anteriormente referi, Espanha representa um exemplo a seguir na área da transplantação, com um enorme sucesso de atividade. O diretor da ONT refere mesmo que *“Que ‘España es líder en donación de órganos’ se ha convertido en un eslogan nacional e internacional”* (ONT, 2011, pág. 5)⁶⁹.

De acordo com os dados fornecidos pela ONT, a evolução foi muito favorável na área da Transplantação, com um aumento de 165 dadores em 2011, relativamente a 2010, e em 2012 houve 1 643 dadores.^{67, 71}

Portugal era em 2011, um dos países líderes em transplantação, só mesmo ultrapassado pela Espanha e Croácia.⁷¹ Mas, quando olhamos para as dimensões destes três países, percebemos que efetivamente Espanha terá de realizar um número muito elevado de transplantes para ocupar este posto, pela sua dimensão e número de habitantes. Este

facto dá-lhe o direito ao reconhecimento mundial do “Modelo Espanhol de Coordenação e Transplantes”, expresso num livro de 2008, que de acordo com o Conselho Iberoamericano de Transplantes, na sua reunião em 2009, já tinha sido realizados mais de 5 200 *downloads*.¹⁶

Querendo conhecer um pouco mais sobre este modelo que se encontra tão “próximo” e especialmente sobre as alternativas existentes em Espanha (e que não se praticam em Portugal – DCP), escolhi dois locais de estágio com bons índices de sucesso nesta matéria.

Em Espanha, apesar de se realizarem cerca de 4 000 transplantes anualmente, não são alcançadas as metas desejadas para a população espanhola. Para conseguir estes objetivos seria necessário realizarem entre 150 e 160 transplantes renais por milhão de habitantes (pmh), o que fica um pouco distante dos 50 transplantes renais pmh efetuados. Com uma melhoria significativa das taxas de mortalidade relativas aos acidentes de viação e às patologias vasculares cerebrais, diminuição consequentemente o número de PD em MC. Apesar de Espanha continuar a reunir forças para aumentar o número de PD, recorrendo a critérios mais alargados (em 2011 mais de 50% dos seus dadores apresentavam uma idade superior a 60 anos), este esforços não são suficientes para fazer face às suas necessidades.⁶⁸

Para fazer face ao descrito e indo de encontro ao praticado noutros países e em Espanha também, a necessidade de desenvolver o projeto de DCP surge como uma “fonte” alternativa de órgãos. Não descartando, obviamente, o PD em MC. Esta atividade obteve a sua consolidação na década dos anos 90, com o início em três cidades Espanholas: Madrid, Barcelona e Corunha.

O recurso a um PD tipo II de Maastricht, implica um protocolo rigoroso com os serviços PH existentes e um Hospital de referência. Este motivo levou-me a escolher duas instituições de referência, que tivessem entre si um protocolo de cooperação para o DCP.

6.2.3.1 – Estágio Pré-Hospitalar

Compete às equipas do PH iniciar os protocolos de DCP tipo II, sempre que numa situação de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e após cumpridas as indicações

internacionais de SAV, a vítima não recupere sinais de circulação e se mantenha ou entre num ritmo de assistolia.

As recomendações gerais para os critérios de inclusão e de exclusão para este tipo de situação incluem:

- Inclusão – Idade entre 1 e 55 anos; qualquer tipo de PCR sem exclusão de agressões; um tempo ≤ 15 minutos desde o início do SAV e a PCR; um tempo < 120 minutos desde o início da PCR e a chegada ao Hospital.
- Exclusão – suspeita de consumo de drogas endovenosas; presença de lesões sangrantes no tórax e abdómen; presença de sepsis ou neoplasias potencialmente transmissíveis.

Rodríguez et al. (2010)⁸⁴, num estudo realizado entre 2005 e 2008, relativo ao número de casos de DCP no PH, identificou 132 PD, sendo que 73% deles foram dadores efetivos, o que representa 94 dos PD reconhecidos. De realçar que dos 38 PD que não entraram no programa de DCP 10% foram por recusa familiar para a doação de órgãos e 2% porque em vida o cliente tinha manifestado essa mesma vontade. Surge a público em Abril de 2010, uma notícia que dá conta de que o serviço PH Espanhol é líder mundial em identificar e transladar para o hospital o PD em assistolia.³¹

Perante estes factos, tracei objetivos específicos para este período:

- Conhecer o Sistema PH numa das Comunidades Autónomas de Espanha;
- Conhecer a forma de comunicação entre o PH e os Hospitais de referência para os transplantes;
- Conhecer os protocolos de identificação do DCP;
- Conhecer o trabalho realizado pelos enfermeiros no protocolo do DCP.

Para atingir o que acima me propus, durante uma semana, percorri os diferentes meios de que dispunham para realizar o atendimento PH, fui sempre acompanhada por enfermeiros e por outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar.

Durante três dias estive no Serviço Coordenador de Urgências, que em Portugal será o equivalente ao CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes). Nele trabalham enfermeiros, juntamente com operadores de central e médicos. Estes últimos têm a seu cargo duas áreas muito distintas: a de emergência e a de cuidados paliativos. Nestes dias apenas observei e registei todo o trabalho realizado para o DCP e o que era realizado pelos enfermeiros na central de urgências, pois estes tinham um trabalho com diferentes

frentes de atuação.

Os enfermeiros do Serviço Coordenador de Urgência têm a seu cargo um vasto leque de atividades, entre elas o acompanhamento dos meios no terreno. Recebiam toda a informação necessária e pertinente, para posteriormente estabelecerem a ligação com os hospitais de destino para os pré-avisos de chegada dos meios, com clientes que necessitassem de uma rápida continuidade de cuidados, nomeadamente vítimas de AVC, Enfarte ou Politraumatizados. Para além desta atividade, efetuavam toda a coordenação de transportes inter-hospitalares para intervenções consideradas urgentes ou que envolvessem riscos significativos para os clientes, independentemente da idade. Através de um sistema informático, procuravam manter atualizadas as vagas de UCI das diferentes especialidades disponíveis na Comunidade Autónoma, o que lhes permitia uma maior agilidade no momento em que era necessário encaminhar os clientes do PH para o Hospital adequado. Este centro dispunha ainda, de um serviço semelhante ao Serviço Saúde 24, realizado pelos enfermeiros, em que era prestado apoio, esclarecimento e encaminhamento a todas as pessoas que ligassem com dúvidas ou com situações clínicas não urgentes.

É pelos enfermeiros do centro que passa toda a ativação e gestão dos protocolos de DCP provenientes do PH, denominado – código zero. São eles os responsáveis pela ativação do Coordenador Hospitalar de Transplantes e dos corpos de Segurança Pública, necessários para agilizar o transito durante a transladação do corpo até ao Hospital de destino. Cabe aos enfermeiros garantir a chegada no menor tempo e nas melhores condições do potencial DCP ao Hospital. Não tive a oportunidade de assistir a nenhuma ativação deste código, mas foi-me possível falar com os responsáveis deste departamento e ficar a conhecer todo o protocolo estabelecido.

Tive ainda a oportunidade de conhecer os meios especiais que têm relacionados com o transporte de potenciais DCP e com o transporte de órgãos. Esta equipa PH tem ao serviço da sua Comunidade Autónoma um veículo para realizar o transporte de órgãos entre os hospitais e um veículo de intervenção em catástrofe que detém, na sua carga, um cardio-compressor externo, que em situações de PCR poderá ser ativado. Para além deste veículo, este serviço PH, dispõe de mais dois cardio-compressores, um num dos seus helicópteros e o outro num dos seus veículos de emergência PH.

Os restantes dois dias foram mais ativos, com a possibilidade de prestar cuidados diretos aos clientes no PH. A disposição dos meios e a resposta dada pelo PH Espanhol é

diferente daquela que eu conhecia em Portugal. Têm dois tipos diferentes de veículos, um semelhante à nossa VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) e onde realizei o primeiro turno de rua no PH mas, que para além das situações de emergência “normais”, se desloca também para situações não emergentes. Nestas últimas, em que se deslocam sem utilizar a sinalização sonora ou luminosa, o médico e o enfermeiro avaliam a situação clínica e se necessário solicitam uma ambulância para realizar o transporte sem acompanhamento. Se nas situações efetivamente emergentes, se justificar o transporte ao Hospital, é solicitada uma ambulância designada de unidade móvel de emergência, que dispõe de Médico e Enfermeiro, para além de dois Técnicos de Emergência Médica, para realizar o transporte e o acompanhamento. No serviço PH onde pude realizar o estágio, todos os meios de socorro têm Técnicos de Emergência na sua tripulação e a condução dos veículos é por eles efetuada em exclusividade.

No segundo dia de estágio em contexto exterior, foi-me possível ficar na ambulância designada de unidade móvel de emergência que possuía o cardio-compressor externo. Este foi sem dúvida um dia fantástico, pois além de perceber a articulação entre o PH e o Hospital, pude intervir em todas as situações com que nos deparámos, de forma ativa, o que demonstrou uma grande confiança da equipa em mim e nas minhas competências. Vivi com bastante emoção um serviço em particular, sem dúvida alguma fizemos a diferença entre a vida e a morte. Senti-me como membro integrante da equipa desde o primeiro minuto, realizando todos os cuidados de enfermagem necessários, com a eficiência que a situação clínica do cliente exigia, até à chegada ao hospital e respetiva transferência do cliente hemodinamicamente estável para a UCI do hospital.

Embora não tenha observado diretamente nenhuma ativação de protocolo de DCP, fiquei com uma ideia muito clara sobre o mesmo e a forma como este se desenvolve. Esta experiência singular contribuiu sem dúvida alguma para o desenvolvimento das minhas competências, pois permitiu-me conhecer uma realidade diferente da minha verdade quotidiana, mas que igualmente representam uma mais valia para a população que serve e para o seu bem estar.

6.2.3.2 – Estágio Hospitalar

Este período de estágio decorreu durante duas semanas no GCCT do Hospital B. Por já

ter anteriormente referido as características inerentes aos Coordenadores de Transplantação e a importância que o seu trabalho tem para o sucesso da colheita e respetiva transplantação dos órgãos, não iriei desenvolvê-los neste subcapítulo.

À semelhança do ponto anterior criei objetivos específicos para mais facilmente orientar este período:

- Conhecer o trabalho realizado pelos Enfermeiros em Espanha na área da Transplantação de órgãos e do DCP;
- Conhecer os protocolos de doação para potenciais DCP no Hospital B e a sua articulação com o PH;
- Assistir a todo o procedimento desde a receção do potencial DCP até ao final do processo de colheita.

A equipa de Coordenação do Hospital B era composta por um diretor médico, uma secretária administrativa e cinco enfermeiros, cada um deles estava, de forma rotativa, em exclusividade durante as 24 horas para o DCP. À minha chegada, e para que não perdesse uma única oportunidade, foi-me entregue uma chave do GCCT e um telemóvel de serviço. Fiquei contactável e disponível 24 horas do dia, nos sete dias da semana. Este foi um instrumento indispensável, e que me permitiu assistir desde o início a todo o procedimento hospitalar do primeiro potencial DCP tipo II. Realço a palavra “primeiro”, pois tive a oportunidade de assistir a dois processos de identificação PH de possíveis DCP.

Percebi claramente que este é um procedimento complexo e que está em constante contrarrelógio, só uma perfeita coordenação para minimizar os tempos entre todas as etapas do processo poderá conduzir a uma colheita de órgãos de sucesso. Não só é necessário serviços PH competentes, como um Hospital com uma infraestrutura adequada mas, também uma equipa de coordenação treinada e que se articule muitíssimo bem em todas as frentes. Esta é sem dúvida uma corrida contra o tempo.

Este tipo de dadores poderá ser considerados ótimos por diversos motivos. Gallegos et al. (2012)²⁷, enumeram-nos referindo que para além de critérios de seleção muito específicos, estes dadores apresentam um limite de idade que favorece a qualidade dos órgãos, assim como é de valorizar terem tido uma vida normal até à PCR. Realça ainda não estarem internados em UCI e terem um risco diminuído de infeções, bem como não terem passado pela “tempestade autonômica” que poderá causar danos severos em

diferentes órgãos.

Considerando exaustiva a descrição de todo o procedimento, irei realçar neste texto os aspetos mais importantes e remeter para anexo todo o procedimento em si (Anexo VII).

Para garantir a qualidade dos órgãos a colher, o coordenador tem de se certificar que foram cumpridos todos os critérios, para aceitar o PD e ativar o protocolo de DCP do Hospital B, pois este envolve uma grande número de recursos materiais e humanos. Há que ter a certeza que o PD tem entre 18 – 55 anos (em situações específicas poderá ir até aos 60 anos), que a resposta SAV iniciou-se em menos de 15 minutos após a PCR, que esta foi presenciada e que à chegada da equipa de SAV alguém realizava manobras de Suporte Básico de Vida (SBV). Após assegurados estes critérios, iniciam-se os contatos, para que em termos hospitalares tudo esteja pronto para a receção do DCP.

É difícil descrever o número de chamadas realizadas para que tudo fique operacional desde receber o PD até ao processo final de extração. Acompanhei duas ativações do protocolo e foi fácil perceber a articulação existente entre todos os elementos da equipa multidisciplinar. Os PD eram recebidos na UCI de politraumatizados, onde tinham uma cama específica para a receção deste tipo de situação à entrada da unidade, com um cardio-compressor externo, com todos os recipientes necessários para as colheitas a efetuar e todo o material necessário para dar resposta às eventuais necessidades de colocação de cateter central ou de recolocação do tubo orotraqueal, entre outros.

Após a autorização judicial para canulação, inicia-se o processo e coloca-se o PD em ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*), até se obter a autorização familiar e judicial para a colheita de órgãos. Este procedimento permite manter a perfusão sistémica e oxigenação dos órgãos a transplantar, através da canulação femoral venoarterial com de um sistema de bomba que substitui a circulação cardíaca e de um sistema de filtração que substitui a função pulmonar.³²

Ao contrário do que decorre em Portugal, consentimento presumido, em Espanha será necessário o consentimento da família para a colheita de órgãos, a não ser que o PD tenha manifestado em vida essa expressa vontade. A família do potencial DCP tipo II, poderá ser totalmente desconhecedora da situação clínica do seu familiar, por surgir em contexto PH. Eles poderão não estar presentes durante a ocorrência da PCR, ou mesmo estando não se terem apercebido da verdadeira gravidade.

Neste período, tive a oportunidade de acompanhar o coordenador na transmissão desta

informação e constatar duas diferentes realidades. Os pais de uma jovem de 27 anos que estavam perfeitamente conscientes da gravidade da situação e que tinham assistido à PCR e a esposa e o irmão de um senhor de 54 anos que, apesar de assistirem à PCR, estavam muito distantes da realidade. Ambas as famílias autorizaram a colheita de órgãos sem qualquer tipo de questão. Os pais da jovem foram inclusive os primeiros a sugerir-lá. A comunicação não foi em momento algum uma barreira, permitindo-me prestar apoio durante o momento em que se despediam dos seus familiares no BO, enquanto se aguardava a autorização judicial para se dar início à extração.

Gostaria de realçar que em ambas as situações a chegada ao hospital se realizou em menos de 90 minutos após a ocorrência da PCR e que tiveram de percorrer uma distância de 15 km e 25 km para o fazer.

Assistir a toda esta dinâmica de equipa e brilhante coordenação foi muito útil e seria difícil poder ser melhor, mas superando todas as minhas expectativas fui convidada a ter um papel ativo na colheita de órgãos do segundo DCP. A primeira situação de PD não se revelou um dador efetivo, após a autorização judicial e com o início do procedimento cirúrgico, revelou-se que a PCR tinha origem numa neoplasia metastizada não diagnosticada. O segundo DCP foi um dador efetivo de rins, fígado, córneas, ossos e pele. Eu fui desafiada pela equipa cirúrgica a ir para a mesa participar na instrumentação e observar de perto todo o procedimento cirúrgico realizado durante a colheita de órgãos. Este dia foi sem dúvida alguma o auge do meu estágio no GCCT do Hospital B, mas não poderia deixar de destacar todo o trabalho que acompanhei nos outros dias. Diariamente, tive a oportunidade de assistir a entrevistas realizadas pelas enfermeiras do GCCT com vista à inclusão de clientes em lista de espera para os diferentes órgãos. Este trabalho assenta numa sólida base de conhecimentos teóricos, técnicos e jurídicos, que permitia aos clientes o esclarecimento das dúvidas existentes.

Os elementos do GCCT estavam presentes em reuniões multidisciplinares, realizadas para cada um dos órgãos e em que se discutiam os critérios de inclusão de determinados clientes, assim como as condições clínicas em que se encontravam aqueles que já estavam a aguardar transplante e que por algum motivo tinham sido internados no Hospital B ou em outro Hospital.

Destaco ainda o facto de haver um coordenador do GCCT que se encontra diariamente de apoio, durante 24 horas, a todas as situações de PD do Hospital, sejam elas em MC ou DCP tipo III.

Por todas as experiências vividas e pela forma tão acolhedora como fui recebida no GCCT do Hospital B, cumpri todas as metas a que me propus e superei todas as minhas expectativas. Até ao dia em que concluí o meu estágio em Espanha tinha sido ativado o protocolo de DCP entre o Hospital B e o PH vinte e uma vezes, sendo que apenas cinco desses PD cumpriam os critérios e foram aceites para canulação. No final três deles foram dadores efetivos. Sinto-me privilegiada. Assisti a três dessas ativações, duas delas foram aceites e um foi DCP efetivo. Penso ter reunido todos os ingredientes, não só para alcançar estes objetivos, como também para acrescentar momentos de aprendizagem que enriqueceram imenso a minha experiência profissional.

6.3 – ATIVIDADES REALIZADAS NÃO PROGRAMADAS

Nem sempre conseguimos ir de encontro a tudo o que foi planeado antes de se iniciar um Estágio. Isto, não é necessariamente negativo, pois podem surgir oportunidades não planeadas e que se revelem altamente contributivas para a aquisição de conhecimentos e para o desenvolvimento de novas competências. Todos os momentos devem ser totalmente aproveitados.

Durante este período surgiu a oportunidade, juntamente com outros enfermeiros, de realizar um poster, para as Jornadas da Associação de Controlo de Infeção – “Promover, Monitorizar, Atuar”, com o tema *Pneumonia Associada ao Ventilador e o Dador de Órgãos – A Atuação do Enfermeiro Especialista na sua Prevenção*. Esta experiência revelou ser mais um excelente momento para aprofundar conhecimentos, através da revisão bibliográfica e da partilha de ideias e de informação realizada.

Durante o estágio na UCIN, para além da prestação de cuidados à PSC e ao PD em MC, pude acompanhar em alguns dias a minha enfermeira orientadora na coordenação e gestão do serviço. Não ficámos responsáveis por nenhum cliente, tivemos sim de realizar a gestão e organização de cuidados e colaborámos com alguns colegas, sempre que solicitado, na prestação direta de cuidados. As principais funções desempenhadas foram a organização do serviço, a distribuição dos clientes pelos enfermeiros, a supervisão da equipa e a gestão de transferências e admissões de clientes. A presença de enfermeiros na gestão de cuidados de saúde é uma constante para a qual são necessárias competências acrescidas, pois este elemento funciona como o membro de referência

para a restante equipa e será solicitado para o esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas complexos.

Oportunamente, pude assistir a uma formação em serviço, sobre um dos novos dispositivos utilizados na unidade, um aparelho com tecnologia PICCO. Esta tecnologia permite de forma simples e menos invasiva determinar os parâmetros hemodinâmicos da PSC.

Gostaria de mais uma vez realçar a excelente oportunidade proporcionada pela Coordenadora do GCCT do Hospital A para a realização do curso ETPOD, totalmente enquadrado dentro da temática desenvolvida. Esta experiência permitiu-me consolidar de forma organizada e sistematizada muita da aprendizagem realizada até ao momento.

Durante a minha permanência em Espanha, e graças à amável disponibilidade do GCCT do Hospital B e da ONT, passei uma manhã na ONT. Conheci a organização e tive a oportunidade de entrevistar e conversar com a enfermeira responsável e com algumas das suas enfermeiras assessoras. Esta oportunidade permitiu-me um melhor conhecimento da realidade Espanhola de transplantação, pois foram-me facultados alguns dados estatísticos não publicados, assim como manuais criados pela ONT. O contato que tenho mantido via email com as Enfermeiras da ONT, tem permitido o acesso a documentação específica da ONT, que em muito contribuiu para a realização deste trabalho. Ficou a promessa de futuros reencontros para a realização de cursos específicos de formação.

Todas as atividades realizadas, não planeadas, contribuíram de forma muito positiva para o meu processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, especialmente a nível da formação.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ordaz (2011)⁶² salienta que para se reconhecer a experiência, ela tem que ser reflectida e comunicada, dando-se início a um processo narrativo que é uma representação da experiência vivida. No contexto atual a reflexão é um marco que possibilita demonstrar o caminho percorrido para a aquisição de competências; as opções estratégicas tomadas para tal e de que forma as dificuldades foram ultrapassadas. Este deve ser um relato narrativo e refletido do que aconteceu.

Encerrado este percurso académico é o momento de realçar os aspetos positivos e as dificuldades sentidas. Foi minha preocupação transpor para estas linhas de forma leal toda a experiência que alcancei ao longo destes meses, mas a limitação das páginas e da escrita, poderão não fazer justiça à grandeza e à riqueza vividas neste período.

Embora o projeto tenha sido a base para este estágio com relatório, houve no decorrer do estágio a necessidade de o reformular, para uma melhor adaptação às competências pretendidas. Estas adaptações não se desviaram em nada no pretendido pelos descritores de Dublin para a aquisição/desenvolvimento de competências para o 2º Ciclo, muito menos das estabelecidas pela OE para a PSC.

Com o intuito de manter uma linha de pensamento estruturada, que me permitisse traçar um percurso consistente e orientado na prática, selecionei o referencial teórico de Patricia Benner e o Modelo Transaccional de Afaf Meleis.

O recurso à pesquisa bibliográfica foi uma das ferramentas utilizadas para a elaboração deste trabalho mas, houve um favorecimento da PBE. Sem nunca descurar os aspetos éticos e deontológicos que norteiam a profissão de enfermagem, fui ao longo do mesmo refletindo sobre as práticas vivenciadas.

Destaco de forma muito positiva as opções que fiz, no que concerne aos campos de estágio e à sua sequência, pois demonstraram ser os ideais para o desenvolvimento das competências que me tinha proposto alcançar, pelas oportunidades vividas e por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionaram de forma encadeada e gradual. Poderei afirmar que superei e muito, todas as expectativas pessoais criadas.

Embora, este fosse um estágio em que a área de estudos pretendida era bastante específica, o facto de estar consciente para o enorme risco que isso representava, preparei-me para que este estágio fosse mais abrangente e me permitisse prestar

cuidados à PSC, especialmente do âmbito da neurocirurgia. Saliento por isso, as oportunidades tidas neste campo, que me permitiram prestar cuidados de qualidade ao PD em MC, de forma competente e diferenciada. No entanto a limitação de paginação deste trabalho tornou impossível descrever de forma refletida e ponderada os cuidados prestados à PSC do foro neurocirurgico.

Quanto ao desenvolvimento das competências traçadas, nomeadamente a Identificação do PD de órgãos, a realização de forma apropriada do tratamento ativo do PD de órgãos, a comunicação adequada e o estabelecer de um relação terapêutica com a família/pessoa significativa do PD de órgãos, poderei afirmar que as atingi de forma plena em todos os locais onde me foi oportuno desenvolver cada uma delas em particular. O grande investimento feito em termos pessoais e profissionais foi bastante proveitoso e permitiu-me desenvolver não só as competências acima descritas, como outras relacionadas com a PSC.

Para alcançar estas competências houve um contributo impar dos campos de estágio selecionados, permitindo-me alcançar um nível elevado de proficiência, diria mesmo que com as competências adquiridas, com as oportunidades vividas e com a máxima rentabilização de todas as situações de aprendizagem com que me deparei, alcancei um nível de perita na área da Colheita e Transplantação.

Saliento o desenvolvimento de todas as minhas práticas de cuidados e decisões terapêuticas com sustentabilidade ética e deontológica, valorizando e respeitando a vontade do cliente, família/pessoa significativa, não descurando o princípio da vulnerabilidade.

Assegurei-me que cumpria de forma exemplar o respeito pelos direitos humanos, praticando de forma responsável os cuidados e assegurando a confidencialidade e privacidade dos mesmos.

Pretendo manter um conhecimento atualizado em relação à área clínica em que me encontrava, recorrendo a uma pesquisa bibliográfica sistemática, com métodos de pesquisa adequados, em que a PBE fosse uma constante.

Diligenciei o envolvimento, sempre que possível, da família/pessoa significativa no processo de prestação de cuidados, promovendo atitudes que fossem de encontro às necessidades apresentadas pelos clientes. Consciente do impacto que a dor tem para o cliente e para a sua família/pessoa significativa, procurei dar a resposta mais eficaz

possível para fazer face a essas situações, promovendo com medidas farmacológicas e não farmacológicas o bem estar do cliente.

Habituada a lidar com situações de grande pressão, que exigem uma resposta rápida e eficiente, foi para mim fácil adaptar-me ao processo complexo de doença que a PSC da área neurocirúrgica apresenta, gerindo protocolos terapêuticos complexos e garantindo uma estreita monitorização do cliente.

Sendo o controlo da infeção uma máxima da prestação de cuidados de saúde de qualidade, prestei cuidados de excelência em que todos os esforços foram cumpridos para dar resposta às indicações do Plano Nacional de Controlo de Infeção.

Ao frequentar uma formação académica deste nível, na área de Enfermagem Especializada à PSC, pretendia desenvolver competências e habilidades, que na minha prática quotidiana me permitissem prestar cuidados mais diferenciados e com uma maior sustentabilidade teórica. Pretendia construir bases sólidas de conhecimentos através de novas experiências e de oportunidades que de uma outra forma dificilmente teria oportunidade de viver.

Gostaria de poder acreditar no sonho que fui construindo ao longo deste percurso...gostaria que este relatório não fosse uma meta mas, sim um meio para que de futuro possa contribuir para a identificação de um maior número de PD em Portugal.

Portugal realizou em 2010 e 2011 mais de 830 transplantes em todo o país⁷, ocupava nestes anos, os primeiros lugares da Europa e do mundo no que dizia respeito à doação, sendo somente ultrapassado pela Espanha e pela Croácia, esta última apenas em 2011, ano em que teve um grande incremento na taxa de doação pmh. E no que diz respeito a Espanha, é conveniente lembrar que para esta taxa de doação contribuem de forma significativa os DCP.^{70, 71} Mas, contudo estes valores são insuficientes para fazer face às necessidades da população portuguesa. Apesar de em 2011 se terem realizado 50,2 transplantes renais pmh, esta taxa fica muito distante do número de indivíduos que aguardam em lista de espera por um rim (Anexo VIII).⁷

Quando se analisa a prevalência e a incidência de um tratamento substitutivo renal com diálise, verificamos em 2012, que em Portugal estes indicadores são de 1068,15 pmh e 218,14 pmh, respetivamente.⁹⁴ De acordo com o Dr. Fernando Macário, numa entrevista concedida à *Newsletter* da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, no nosso país “*Em Julho de 2012, havia 2030 doentes em lista de espera para um transplante renal*”, número que

segundo a mesma fonte, teria sido reduzido entre 2009 e 2010.³⁸ Esta redução deveu-se sem dúvida ao fantástico desempenho praticado por Portugal nesses anos, visto ter executado bem mais de 500 transplantes renais. Estes valores tem estado em queda desde 2009, não se tendo alcançado no ano passado os 500 transplantes renais.^{7, 8} O Dr. Fernando Macário realça um tempo médio de espera atual em lista de espera de cerca de 5 anos, enquanto que em 2008 a Sociedade Portuguesa de Urologia estimava em 6,65 anos o tempo de permanência em diálise a aguardar por um transplante.^{6, 38} Atualmente, Portugal apresenta uma incidência na transplantação renal em 2012 de 40,6 pmh, tendo diminuído significativamente dos 55,8 pmh em 2009.⁹⁴ Para estes resultados contribuiu certamente uma diminuição do número de dadores entre 2009 – 2012, em Junho de 2012 tinham-se registado apenas 131 dadores, o que representava uma diminuição de 16,5% em igual período de 2011, poderemos acrescentar ainda, a opinião emitida pela Sociedade Portuguesa de Transplantação, na pessoa do seu presidente, Dr. Fernando Macário, que alerta para as consequências que poderá ter um corte em 50% nos incentivos para a transplantação, estabelecido pelo Despacho número 10485/2011 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.^{6, 39, 49}

A escassez de dadores obriga a critérios expandidos para a colheita de órgãos, tendo-se registado em 2011 um número significativo de dadores acima dos 60 anos, cerca de 33%. Esta percentagem tem vindo a crescer, em 2006 havia um registo de 20% de dadores com uma faixa etária acima dos 60 anos.⁷ Estes números são certamente reflexo da diminuição dos dadores em MC provenientes de situações de trauma, e do aumento da sua proveniência no que diz respeito a situações médicas, no primeiro semestre de 2012 a percentagem de dadores em MC com origem traumática era de 31%, contra os 69% de dadores em MC de origem médica.⁶

Neste contexto anteriormente descrito, é necessário encontrar alternativas, novos recursos para a transplantação, uma vez que a escassez de dadores em MC é uma evidência. Ao encontrarmos novas alternativas, como o DCP, poderemos oferecer à nossa população em lista de espera ganhos em saúde, qualidade de vida e consequentemente um ganho socioeconómico, com o regresso à vida social ativa dos clientes que integram essas lista de espera.

Portugal à semelhança de Espanha, tem reunidas inúmeras condições para por em prática um programa consistente de DCP. Quando se fala de PH, dispomos de um Sistema Integrado de Emergência Médica a nível nacional, consistente com uma ótima

capacidade de resposta e que dispõe dos meios técnicos e humanos para a operacionalização de um programa deste âmbito, após formação específica. A nível hospitalar, dispomos de GCCTs funcionais, com provas dadas da sua capacidade técnica e organizacional.

Dispondo a ONT de uma formação específica e especializada na área da transplantação destinada aos países latinoamericanos, nomeadamente o Programa Alianza, entre outras formações na área, poderia ser uma mais valia para o desenvolvimento do programa de Colheita e Transplantação em Portugal, o estabelecimento de protocolos com Espanha, para a formação periódica de profissionais de saúde portugueses com interesse e disponibilidade para recolocar Portugal no topo das tabelas de sucesso da Transplantação a nível Europeu e Internacional.

A análise refletida por parte do Instituto Nacional de Emergência Médica e do Ministério da Saúde para a criação de um protocolo PH, que permitisse de forma eficaz e eficiente, reconhecer PD na rua, iria ser certamente um incremento importante para a diminuição das listas de espera em transplantação.

Após a conceção e publicação efetiva de critérios para este tipo de PD, pela Ordem dos Médicos, de uma expansão formativa que desperte os profissionais de saúde para as necessidades de transplantação de uma forma eficaz e eficiente e a criação de um protocolo PH para o DCP, estarão reunidos todos os ingredientes necessários para se poder combater as listas de quem espera por um órgão. Penso que com a experiência vivida e adquirida em Espanha, poderia contribuir para esse projeto.

Seria para mim uma enorme satisfação poder cooperar com uma causa tão nobre. Dar a oportunidade de sobrevivência a alguém ou simplesmente libertá-los de uma rotina permitindo que alcancem uma melhoria substancial da sua qualidade de vida, tornado estes clientes cidadãos ativos, com capacidade de produção e de uma vida de relação otimizada com a sua família, sociedade ou cultura. Era para mim, sem dúvida, um enorme motivo de realização pessoal e profissional.

Pretendo criar no meu Hospital um espírito que incentive a identificação de PD, com sessões de formação na área e a eventual criação, ou colaboração na execução do mesmo, de um protocolo de atuação para PDs, no serviço onde desempenho funções. Será meu objetivo participar de forma ativa com o Coordenador Hospitalar de Doação do meu Hospital, desde o momento da sua nomeação.

Nem só de aspetos positivos se constituiu este percurso, senti grandes limitações em dois pontos muito específicos. O primeiro prende-se com a autorização do Ministério da Saúde Espanhol para a realização do Estágio no Hospital B, tive a necessidade de ultrapassar o período de tempo inicialmente estabelecido pela escola para a realização do mesmo, assumindo toda a responsabilidade académica e civil que esta opção me poderia trazer. Foi necessário realizar muitos telefonemas e trocas de correio eletrónico, para que fosse aceite. Ressalvo que este foi um processo em que cumpri desde início tudo o que me foi solicitado e ao qual era completamente alheia à sua resolução.

O acesso a bibliografia de referência nesta área tão específica também foi um dos grandes obstáculos encontrados, pelos custos elevados que cada artigo de referência tinha associada à sua aquisição ou consulta. Oportunamente alguma documentação foi-me facultada por pessoas ligadas à área da transplantação, mas tive que recorrer com alguma frequência a artigos secundários para fundamentar adequadamente as reflexões realizadas.

Em jeito de conclusão, reforço a importância que este curso de Mestrado teve para o meu desenvolvimento profissional, e pessoal. Através das experiências vividas não só no quotidiano do estágio prático, mas também, ao longo do percurso teórico. Aguçou a minha reflexão sobre a prática refletida baseada na evidência e estimulou a pesquisa bibliográfica, instrumentos sem os quais será difícil manter uma atualização permanente e conhecimentos que suportem o “grau” de perita.

8 – BIBLIOGRAFIA

1. Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência* , 6, 53-59.
2. Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares* (1ª Edição ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
3. Alvarez, J., Fructuoso, A. S., del Barrio, M. R., Prats, M. D., Torrente, J., Illescas, M. L., et al. (1998). Donación de órganos a corazón parado. Resultados del Hospital Clínico de San Carlos. *Nefrologia* , XVIII.
4. Assembleia da República. (1993). Decreto Lei 12/93. *Diário da República - I Série A* , 94, 1961-1963.
5. Assembleia da República. (2007). Lei nº 22/2007. *Diário da República, 1ª Série* , 124, 4146-4150.
6. Associação Portuguesa de Urologia. (2010, Janeiro). *Doenças Urológicas - Informação ao Público*. Retrieved Maio 4, 2013, from Associação Portuguesa de Urologia: www.apurologia.pt
7. Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação. (2011). *Relatórios de Actividades*. Retrieved Novembro 2, 2012, from Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação: www.asst.min-saude.pt/transplantacao/Paginas/RelatoriosActividade.aspx
8. Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação. (2012). *Colheita e Transplantação*. Ministério da Saúde.
9. Beaven, O. (2004). Pesquisa de literatura. In J. V. Craig, & R. L. Smyth, *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros* (M. J. Sampaio, Trans., pp. 47-85). Lusiciência.
10. Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
11. Billings, J. A. (2001). The end-of-life family meeting in Intensive Care. *Journal os Palliative Medicine* , 14 (9), 1042-1050.
12. British Transpalntation Society. *Guidelines relating to solid organ transplantation from non-heart beating donors*. Triangle Three Ltd.

13. Colégio Americano de Cirurgiões - Comitê de Trauma. (2008). *Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos* (8ª Edição ed.). Estados Unidos da América: American College of Surgeons.
14. Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
15. Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes. (2006). *Propuesta de Recomendación REC - CIDT - 2006 (6) sobre solución a la escasez de Donantes*. Montevideo: Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes.
16. Conselho Iberoamericano de Doação e Transplantes. (2009). *ACTA DE LA OCTAVA REUNIÓN DE LA RED / CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE. BOGOTÁ Bogotá, 28 y 29 de octubre de 2009*. . Organización Nacional de trasplantes.
17. Cooper, D. K., Novitzky, D., & Wicomb, W. N. (1989). The pathophysiological effects of brain death on potential donor organs, with particular reference to the heart. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* , 71, 261-266.
18. Dictusa, C., Vienenkoettera, B., Esmailzadehb, M., Unterberga, A., & Ahmadi, R. (2009). Critical care management of potencial organ donors: our current standard. *Clinical Transplantation* , 23, 2-9.
19. Diflo, T. (2004). Use of organs from executed Chinese prisoners. *Lancet* , 364, 30-31.
20. D'Império, F. (2007). Morte Encefálica, Cuidados ao Doador de Órgãos e Transplante de Pulmão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* , 1, 74-84.
21. Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Gráfica Maiadouro.
22. Direcção Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Retrieved Março 15, 2013, from Site Oficial da DGES: www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin
23. Domínguez-Gil, B., Haase-Kromwijk, B., Leiden, H. V., Neuberger, J., Coene, L., Morel, P., et al. (2011). Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transplant International* , 24, 676-686.

24. Escudero, D., & Otero, J. (2008). Muerte encefálica. Diagnóstico clínico y requisitos legales para la donación. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, *Manual sobre donación y trasplante de órganos* (pp. 107-118). Espanha: ARÁN ediciones s. l.
25. Estalella, G. M. (2004). Detección y Mantenimiento del Donante de Órganos. In L. A. Periz, & E. F. Sanmartín, *La Enfermería y el Trasplante de Órganos* (pp. 26-41). Editorial Medica Panamericana.
26. Fernandes, P. M., Samano, M. N., Junqueira, J. J., Waisberg, D. R., Noieto, G. S., & Jatene, F. B. (2008). Lung donor profile in the State of São Paulo, Brazil in 2006. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* , 34, 497-505.
27. Gallegos, F. d., Belmonte, A. A., Vilarnau, R. D., Soba, F. M., Villares, J. M., Fernández, M. S., et al. (2012). Logística Intrahospitalaria, selección donantes. In O. N. Trasplantes, *Donación en Asistolia en España: Situación actual y recomendaciones* (pp. 81-96).
28. Gonzáles, G., & Carrillo, A. (2008). Mantenimiento del donante multiorgánico en muerte encefálica. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, *Manual sobre donación y trasplante de órganos* (pp. 149-160). Espanha: Parrilla, Pascual; Ramírez, Pablo; Ríos, Antonio.
29. Gore, S. M., Cable, D. J., & Holland, A. J. (1992). Organ donation from intensive care units in England and Wales: two year confidential audit of deaths in intensive care. *BMJ* , 304, 349-355.
30. Gray, J. A. (1997). Evidence - Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions. *Canadian Medical Association Journal* , 157, 1598-1599.
31. Hospital Clínico San Carlos. (2010, Abril 5). *Prensa*. Retrieved Abril 29, 2013, from Comunidad de Madrid: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142586182892&language=es&pageid=1142665466383&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FCM_Actualidad_FA%2FHC LN_actualidad
32. Hung, M., Vuylsteke, A., & Valchanov, K. (2012). Extracorporeal membrane oxygenation: coming to an ICU near you . *The Intensive Care Society* , 13, 31-38.

33. Jiang, J. P., & Downing, S. E. (1999). Catecholamine Cardiomyopathy: Review and Analysis of Pathogenetic Mechanisms . *The Yale Journal of Biology and Medicine* , 63, 581-591.
34. Kinrade, T., Jackson, A. C., & Tomnay, J. E. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing* , 27 (1), 82-88.
35. Kootstra, G. (2009). History of non-heart-beating donation. In D. Talbot, & A. D'Alessandro, *Organ Donation and Transplantation after Cardiac Death* (pp. 1-6). Oxford.
36. Kootstra, G., Kievit, J. K., & Heineman, E. (1997). The non heart-beating donor. *British Medical Bulletin* , 53, 844-853.
37. Long, T., Sque, M., & Addington-Hall, J. (2008). What does a diagnosis of brain death mean to family members approached about organ donation? a review of the literature. *Progress in Transplantation* , 18 (2), 118-126.
38. Macário, D. F. (2013, Fev-Abril). É preciso organizar a colheita de órgãos em Portugal. *SPN News*, 12-14. (T. Mota, Interviewer) Esfera das Ideias.
39. Macário, F. (2011, Agosto 19). *Informações*. Retrieved Maio 27, 2013, from Sociedade Portuguesa de Transplantação: Des_incentivos_a_actividade_da_Transplantacao_em_Portugal.pdf
40. Manyalich, M., Guasch, X., & Istrate, M. (2013). ETPOD (European Training Program on Organ Donation): a successful training program to improve organ donation. *Tranplant International* , 26, 373-384.
41. Marín, J. M. (2008). Tipos de donantes de órganos y tejidos. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, *Manual sobre donación y transplante de órganos* (pp. 97-105). Espanha: ARÁN ediciones s. l.
42. Mascia, L., Pasero, D., Slutsky, A. S., Arguis, M. J., Bernardino, M., Grasso, S., et al. (2010). Effect of a Lung Protective Strategy for Organ Donors on Eligibility and Availability of Lungs for Transplantation. *Journal of the American Medical Association* , 304, 2620-2627.

43. Masson, F., Thicipe, M., Gin, H., Mascarel, A. d., Angibeau, R. M., Favarel-Garrigues, J.-F., et al. (1993). The Endocrine Pancreas in Brain-Dead Donors A Prospective Study in 25 Patients. *Transplantation* , 56, 363-367.
44. McKeown, D. W., Bonser, R. S., & Kellum, J. A. (2012). Management of the heartbeating brain-dead organ donor. *British Journal of Anaesthesia* , 108, i96-i107.
45. Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
46. Miller, C. M., Smith, M. L., & Uso, T. D. (2012). Living Donor Liver Transplantation: Ethical Considerations. *Mount Sinai of Medicine* , 79, 214-222.
47. Ministério da Saúde. (1994). Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril. *Diário da República - I Série B* , 235, 6160.
48. Ministério da Saúde. (1994). Decreto Lei 244/94. *Diário da República - I Série A* , 223, 5780-5782.
49. Ministério da Saúde. (2011). Despacho n.º 10485/2011. *Diário da República* , 159, 34008-34009.
50. Ministério da Saúde. (2008). Portaria nº 357/2008 de 9 de Maio. *Diário da República, 1ª série* , 90, 2513-2515.
51. Ministério da Saúde. (2011, Outubro 11). *Prémio Nacional da Saúde - 2011 Linhares Furtado*. Retrieved Março 20, 2013, from Portal da Saúde: www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/merito/premio/alexandre+furtado.htm
52. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos* (1ª Edición ed.). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
53. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012, Janeiro 10). *Notas de Prensa*. Retrieved Junho 17, 2012, from Organización Nacional de Trasplantes: <http://www.ont.es/prensa/NotasDePrensa/NP%20Balance%20ONT%20donación%20y%20trasplante%202011.pdf>
54. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011, Dezembro 5). *Organización Nacional de Trasplantes*. Retrieved Junho 3, 2012, from Notas de Prensa: <http://www.ont.es/prensa/NotasDePrensa/5%2012%202011%20->

%20La%20ONT%20REGISTRA%20NUEVO%20RÉCORD%20CON%2094%20TR
ASPLANTES%20EN%2072%20HORAS.pdf

55. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012, Julho 2). *Organización Nacional de Trasplantes*. Retrieved Outubro 8, 2012, from Notas de Prensa: www.ont.es/prensa/NotasDePrensa/2%20de%20Julio%20de%202012%20La%20ONT%20alcanza%20un%20nuevo%20récord%20de%20actividad.pdf
56. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. *Boletín Oficial del Estado* , 313, 89315-89348.
57. Moraes, E. L., Silva, L. B., Moraes, T. C., Paixão, N. C., Izumi, N. M., & Guarine, A. J. (2009). The profile of potential organ and tissue donors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 17, 716-720.
58. Novitzky, D., Wicomb, W. N., & Cooper, D. K. (2013). Pathophysiology of Brain Death and Effects of Hormonal Therapy in Large Animal Models. In D. Novitzky, & D. K. Cooper, *The Brain-Dead Organ Donor* (pp. 65-90). Springer.
59. O Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia. (2010). Directiva 2010/45/UE do Parlamento europeu e do conselho de 7 de Julho de 2010. *Jornal Oficial da União Europeia* , 207, 14-29.
60. Obermaier, R., Dobschuetz, E. v., Keck, T., Hopp, H.-H., Drognitz, O., Schareck, W., et al. (2003). Brain Death Impairs Pancreatic Microcirculation. *American Journal of Transplantation* , 4, 210-215.
61. Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Médica Portuguesa* , 25, 179-192.
62. Ordaz, O. (2011). O uso das narrativas como fonte de conhecimento em Enfermagem. *Pensar Enfermagem* , 15, 70-87.
63. Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto*. Ordem dos Enfermeiros.

64. Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
65. Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* , 35, 8656-8657.
66. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Comissão Nacional da UNESCO. UNESCO.
67. Organización Nacional de Trasplantes. (2013). *Datos Históricos*. Retrieved Abril 29, 2013, from Organización Nacional de Trasplantes: reports.ont.es/datoshistoricos.aspx
68. Organización Nacional de Trasplantes. (2012). *Donación en asistolia en España: Situación actual y Recomendaciones*. Plan para el impulso de la Donación y el Trasplante. Organización Nacional de Trasplantes.
69. Organización Nacional de Trasplantes. (2011). *Guía de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Órganos*. Organización Nacional de Trasplantes.
70. Organización Nacional de Trasplantes. (2011). *Memoria de Actividad*. Retrieved Abril 29, 2013, from Organización Nacional de Trasplantes: http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria_Introduccion_2010.pdf
71. Organización Nacional de Trasplantes. (2012). *Memoria de Actividad*. Retrieved Abril 29, 2013, from Organización Nacional de Trasplantes: www.ont.es/infesp/Memoria/MemIntr2011.pdf
72. Pearson, M., & Craig, J. V. (2004). Prática baseada na evidência em enfermagem. In J. V. Craig, & R. L. Smyth, *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros* (M. J. Sampaio, Trans., pp. 3-21). Lusociência.
73. Peiffer, K. M. (2007). Brain Death and Organ Procurement. *American Journal of Nursing* , 107, 58-67.
74. Periz, L. A., & Sanmartín, E. F. (2004). Historia del Trasplante de Órganos. In L. A. Periz, & E. F. Sanmartín, *La enfermería y el trasplante de órganos* (pp. 3-12). Espanha: Editorial Médica Panamerica.

75. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
76. Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª Edição ed.). (R. M. Garcez, Trans.) Artes Médicas.
77. Powner, D. J., & Darby, J. M. (2000). Management of variations in blood pressure during care of organ donors. *Progress in Transplantation* , 10, 25-32.
78. Powner, D. J., & Kellum, J. A. (2000). Maintaining acid-base balance in organ donors. *Progress in Transplantation* , 10, 98-105.
79. Powner, D. J., & Reich, H. S. (2000). Regulation of coagulation abnormalities and temperature in organ donors. *Progress in Transplantation* , 10, 146-153.
80. Powner, D. J., Darby, J. M., & Kellum, J. A. (2004). Proposed Treatment Guidelines for Donor Care. *Progress in transplantation* , 14, 16-28.
81. Powner, D. J., Kellum, J. A., & Darby, J. M. (2000). Abnormalities in fluids, electrolytes, and metabolism of organ donors . *Progress in Transplantation* , 10, 88-96.
82. Rebelo, E. R., Aliti, G. B., Domingues, F. B., Assis, M. C., Saffi, M. A., Linhares, J. C., et al. (2007). Enfermagem em Cardiologia baseada na evidência. (H. d. Sul, Ed.) *Revista HCPA* , 27, 43-48.
83. Rech, T. H., & Rodrigues Filho, É. M. (2007). Manuseio do Potencial Doador de Múltiplos Órgãos. *Revista Brasileira de Terapia intensiva* , 2, 197-204.
84. Rodriguez, A. A., Vazquez, J. C., Pascual, J. M., Maldonado, M. E., & Ferrer, L. P. (2010). Programa de donante a Corazón Parado Extrahospitalario. *Prehospitalal Emergency Care (Ed. Espanhola)* , 3, 49-53.
85. Rosendale, J. D., Chabalewski, F. L., McBride, M. A., Garrity, E. R., Rosengard, B. R., Delmonico, F. L., et al. (2002). Increased transplanted organs from the use of a standardized donor management protocol. *American Journal of transplanation* , 2, 761-768.
86. Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Prjecto: Colectânea Descritiva de Etapas. (A. Freitas, Ed.) *Percursos* , 15, 1-37.

87. Sánchez-Fructuoso, A. I., Ptrats, D., Torrente, J., Pérez-Contín, M. J., Fernández, C., Alvarez, J., et al. (2000). Renal Transplantation from Non-Heart Beating Donors: A Promising Alternative to Enlarge the Donor Pool. *Journal of the American Society of Nephrology* , 11, 350-358.
88. Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência* , 11, 59-62.
89. Santos, M. E., Sousa, L., & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos Traumatismos Crânio-Encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa* , 16, 71-76.
90. Serrano, Serrano, M. T., Costa, A. d., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência* , 3 (III Série), 15-23.
91. Sgreccia, E. (2009). *Transplante de Órgãos* (1ª Edição ed.). (M. Matos, Trans.) Príncipe Editora, Lda.
92. Shemie, S. D., Ross, H., Pagliarello, J., Baker, A. J., Greig, P. D., Brand, T., et al. (2006). Organ donor management in Canada: recommendations of the forum on Medical Management to Optimize Donor Organ Potential . *Canadian Medical Association Journal* , 174, 13-30.
93. Siddiqui, S., Sheikh, F., & Kamel, R. (2011). "What families want - an assessment of family expectations in the ICU". *International Archives of Medicine* , 1-5.
94. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2013). *Relatório Gabinete de Registo da SPN*. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Vilamoura.
95. Thompsn, J. (Ano 5). Los principios de ética biomédica. (S. C. Pediatría, Ed.) *Curso Continuo de Actualización en Pediatría* , Módulo 4, 15-34.
96. Totsuka, E., Dodson, F., Urakami, A., Moras, N., Ishii, T., Lee, M.-C., et al. (1999). Influence of High Donor Serum Sodium Levels on Early Postoperative Graft Function in Human Liver Transplantation: Effect of Correction of Donor Hyponatremia. *Liver Transplantation and Surgery* , 5, 421-428.
97. TPM - Fundación IL3 - Universitat de Barcelona. (2007). *Programa Avançado em Coordenação de Doação(Transplantação)*. (R. Valero, Ed., C. Bolonha, & R. Pereira, Trans.) Barcelona, Espanha.

98. Truog, R. D. (2005). The Ethics of Organ Donation by Living Donors. *The New England Journal of Medicine* , 353, 444-446.
99. United Network for Organ Sharing. (n.d.). Retrieved from http://www.unos.org/docs/Critical_Pathway.pdf
100. United Network for Organ Sharing. (2013). *Living Donation - Information you need to know*.
101. Zibari, G. B., Lipka, J., Zizzi, H., Abreo, K. D., Jacobbi, L., & McDonald, J. C. (2000). The use of contaminated donor organs in transplantation. *Clinical Transplantation* , 14, 397-400.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma

APÊNDICE II

Justificação de adiamento dos estágios em
Espanha



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE
ORDENACIÓN PROFESIONAL,

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
ORDENACIÓN PROFESIONAL

O F I C I O

N/REF: **SGOP/RNEF/4848/2012EF/2**

FECHA: 21 de diciembre de 2012

ASUNTO: Notificación de Requerimiento

DESTINATARIO: D^a. VANDA RUTE PATRICIO PALMEIRO



Vista la solicitud para realizar una estancia formativa en España al amparo de lo dispuesto en el artículo 30 del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, le requiero para que en el plazo máximo de 15 días aporte la siguiente documentación:¹

- **Copia cotejada con el original de la página de datos personales del pasaporte.**
- **Certificado original del centro de origen donde consten los objetivos de la estancia y la actividad profesional que realiza el interesado.**

- **Copia cotejada con el original del Título de Grado que deberá estar previamente legalizado. Los títulos que no vengan en castellano deberán venir traducidos.**

- **Mejora de la solicitud que deberá venir firmada y con los requisitos mínimos establecidos en el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, en la que deben figurar otras fechas de Inicio y de Fin, ya que la ha presentado con menos de un mes, de la iniciación de la instancia. Deberá enviarlo al menos con dos meses de antelación de la solicitud de la instancia y solicitar aceptación de las nuevas fechas, al Presidente de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario 12 de Octubre y ajustarse a las fechas aceptadas por dicha Comisión**

De conformidad con lo establecido en el artículo 71.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, le indico que si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 42. Asimismo, le informo que el plazo máximo para resolver queda suspendido por el tiempo que medie entre la notificación del requerimiento y su efectivo cumplimiento por el destinatario, o en su defecto, el transcurso del plazo concedido, todo ello sin perjuicio del desistimiento anteriormente citado.

Se ruega den referencia al **expediente nº 4848/2012EF/12**, al enviar la documentación requerida.

Madrid, 21 de diciembre de 2012

EL JEFE DE SERVICIO



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
ORDENACIÓN PROFESIONAL

Anselmo Martín Fernández

¹ Toda la información relativa a los documentos a aportar y sus requerimientos se puede consultar en <http://www.msc.es/profesionales/formacion/estanciasFormativasEx/home.htm>



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE
ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
ORDENACIÓN PROFESIONAL

O F I C I O

N/REF: **SGOP/RNEF/4848/2012EF/2**
FECHA: 13 de febrero de 2013
ASUNTO: Notificación de Resolución
DESTINATARIO: **D^a. VANDA RUTE PATRICIO PALMEIRO**



En el día de la fecha el Subdirector General de Ordenación Profesional ha dictado la siguiente resolución:

“Visto el expediente relativo a **D^a. VANDA RUTE PATRICIO PALMEIRO** que solicitó realizar una estancia formativa en España, al amparo de lo dispuesto en el artículo 30 del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Una vez comprobado que la interesada cumple con los requisitos requeridos en la norma y siendo aceptada dicha estancia por el presidente de la comisión de docencia de la unidad docente, en uso de las competencias atribuidas a esta Subdirección General por la Orden SSI/131/2013, de 17 de enero, sobre delegación de competencias.

RESUELVO

Conceder a **D^a. VANDA RUTE PATRICIO PALMEIRO** la autorización para la realización de una estancia formativa en el servicio de del H. UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE de MADRID desde el **18/03/2013** al **29/03/2013**.”

Contra la presente resolución que pone fin a la vía administrativa cabe interponer Recurso potestativo de Reposición ante la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el plazo de 1 mes a partir del día siguiente a la fecha de notificación de esta resolución. Así mismo, en el caso de no hacer uso de esta posibilidad podrá interponer directamente recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional en el plazo de dos meses a partir del día siguiente a la fecha de notificación de esta resolución, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 117 la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en el artículo 46.1 la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, significándole que en el caso de interponer recurso de reposición, no se podrá interponer recurso contencioso-administrativo hasta que aquel sea resuelto expresamente o se haya producido la desestimación presunta del mismo.

Lo que le comunico para su conocimiento y efectos.

Madrid, 13 de febrero de 2013

EL SUBDIRECTOR GENERAL DE SERVICIO

Anselmo Martín Fernández.
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
ORDENACIÓN PROFESIONAL

APÊNDICE III

Procedimento Setorial realizado – UCIN

	Procedimento Setorial ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS	COD. 0000
	Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	

APROVAÇÃO

1. OBJECTIVO

Descrever as atividades de Enfermagem relacionadas com o processo de identificação/referenciação do potencial dador de órgãos/tecidos em morte cerebral e respectivo contacto com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocíticos (UCIN).

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento: Equipa de Enfermagem da UCIN e Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.

3.2. Pela revisão do procedimento: Equipa de Enfermagem da UCIN e Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.

4. DEFINIÇÕES

Morte Cerebral – Cessação irreversível de todas as funções do tronco cerebral.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

- 5.1. BO – Bloco Operatório
- 5.2. ECG – Escala de Coma de Glasgow
- 5.3. GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação
- 5.4. UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocíticos
- 5.5. PAM – Pressão Arterial Média
- 5.6. PMC – Provas de Morte Cerebral
- 5.7. RENNDA – Registo Nacional de Não Dador

6. REFERÊNCIAS

Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2010:

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	Enf ^ª Cristina César, Enf ^ª Marlene Alves
	Enf ^ª Vanda Palmeiro (aluna do 2º Mestrado de PSC da ESEL)
VERIFICAÇÃO	
CQSD	

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		1/5

	Procedimento Setorial ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS	COD. 0000
	Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	

Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril.

Lei – nº 22/2007 de 29 de Junho.

Portaria nº 357/2008 de 09 de Maio.

7. DESCRIÇÃO

O profissional de saúde da equipa multidisciplinar que mais próximo está do doente/família é o Enfermeiro. Desta forma, este profissional poderá ser um dos dinamizadores do processo de identificação/referenciação dos potenciais dadores de órgãos/tecidos, uma vez que tem um papel relevante na avaliação neurológica do doente e assim, em colaboração com o médico da unidade, o Enfermeiro poderá ter um papel relevante na referenciação dos potenciais dadores.

Identificado um doente em score 3 da escala de coma de Glasgow (sem abertura dos olhos; sem resposta verbal; sem resposta motora) com pupilas fixas, sem respiração espontânea, a determinação da causa do coma e das pré condições (ausência de hipotermia, de hipotensão e de drogas depressoras do sistema nervoso central), devem ser verificadas e registadas precedendo a realização das provas de morte cerebral.

Para a realização das provas de morte cerebral o Médico, coadjuvado pelo Enfermeiro do doente, deverão respeitar as pré condições supracitadas. Desta forma, serão solicitados todos os exames/análises que possam contribuir para a decisão médica em casos em que a execução das provas esteja prejudicada pela circunstância clínica.

Após a avaliação neurológica do doente e realização dos exames/análises e feito o diagnóstico de morte cerebral pelo médico da unidade, este deverá contactar o Neurologista, Neurocirurgião ou médico com experiência em Cuidados Intensivos, para se realizarem as primeiras provas de morte cerebral (PMC).

- PMC - Para se dar início às primeiras PMC, o doente deverá estar com a cabeceira a 30º, realizar colheita de sangue para a 1ª gasimetria arterial e colocar um FiO2 a 100%, durante 15 minutos. Neste período de hiperoxigenação os médicos iniciam as PMC, começando por pesquisar a atividade motora espontânea ou em resposta a estímulos na área dos pares cranianos, passando a seguir para as respostas e reflexos dos nervos cranianos: reflexos fotomotores, córneos, faríngeo e traqueal profundo, oculocefálicos verticais e horizontais, resposta ocular à irrigação dos canais auditivos com 50 ml de Soro fisiológico a 4ºC.

Para este último procedimento, será necessário que o Enfermeiro providencie:

- Soro fisiológico a 4ºC;
- Cateter venoso periférico G14 (sem mandril);
- Seringa de 50 ml;
- Ebonite/compressas;
- Otoscópio;
- Sonda nasal de O2.

Para realizar a prova da apneia desconecta-se o doente do ventilador e coloca-se, durante 8 minutos, uma sonda de O2 intratraqueal a 8 L/min, com monitorização contínua da SaO2 (se ocorrer hipoxémia a prova deverá ser interrompida). No caso de

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		2/5

	Procedimento Setorial ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS	COD.0000
	Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	

não haver hipoxémia deverá ser feita nova colheita de sangue para a 2ª gasimetria arterial, imediatamente antes de se voltar a conectar o doente ao ventilador.

É exigência legal o correto preenchimento do impresso criado para o registo dos dois conjuntos de PMC e que consta no procedimento multisectorial “Diagnóstico de Morte Cerebral” TRC.132.

Após a realização das primeiras provas, com identificação de um potencial dador, deverá ser feita a referenciação ao Coordenador do GCCT/CHD (Telemóvel de contato – 964096021), para que seja feita a consulta ao Registo Nacional de Não Dadores (RENDA).

Feita a consulta ao RENDDA, o resultado da pesquisa deverá ser comunicado à Unidade. A existência de registo no RENDDA implica não avançar com o processo da doação.

A folha com o registo da pesquisa no RENDDA deve constar no processo do potencial dador/falecido.

No caso de não existência de registo no RENDDA o Coordenador do GCCT/CHD deverá deslocar-se à unidade para fazer a avaliação do potencial dador e, conseqüentemente, decidir em termos de critérios de inclusão/exclusão do potencial dador para os vários órgãos a colher.

Na unidade deverá ser disponibilizada toda a informação solicitada pelo Coordenador do GCCT/CHD:

- história clínica;
- antecedentes relevantes;
- dados demográficos;
- causa de morte;
- exames complementares de diagnóstico.

Intervenções do Enfermeiro da Unidade no caso do potencial dador ser aceite pelo GCCT:

1. Colher sangue para estudo dos marcadores virais:
 - 6 tubos de hemograma;
 - 2 tubos de bioquímica;
 - 1 seringa de 20 ml heparinizada (dever-se-á aspirar 0,5 ml de heparina e desperdiçar posteriormente), esta colheita de 20 ml deverá ser preferencialmente realizada de veia periférica;
 - tipagem, se o potencial dador ainda não tiver;
 - outras análises se eventual solicitação do GCCT.

Todos os tubos deverão estar reconhecidos com as vinhetas de identificação do potencial dador. A seguir à colheita do sangue os tubos devem ser colocados num saco de plástico e este, colocado num contentor próprio, fornecido pelo GCCT.

2. Colaborar com o médico (cirurgião) na colheita do gânglio da região femoral, para compatibilidade/tipagem HLA:
 - Caixa de colheita de gânglio, que deverá ser solicitado ao Bloco Operatório Central;
 - Lâmina de bisturi;
 - Fio de seda para sutura;

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		3/5

	Procedimento Setorial ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS	COD. 0000
	Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	

- Desinfetante;
- Frasco estéril
- Soro fisiológico (temperatura ambiente).

O gânglio depois de colhido é colocado em frasco estéril com soro fisiológico a temperatura ambiente. Relativamente ao acondicionamento e identificação do gânglio deverá ser igual ao dos produtos provenientes das colheitas de sangue.

Excepcionalmente, poderá haver situações em que o gânglio será colhido durante a colheita de órgãos no Bloco Operatório.

Após o adequado acondicionamento dos produtos, estabelece-se contacto com o Serviço de apoio – Telefone **11260** – para que estes procedam à recolha dos produtos e o encaminhem para a “Lusotransplante” – **Centro de Sangue e da Transplantação de** , localizado no .

Na Unidade a referência para qualquer contacto será o Enfermeiro responsável pelo potencial dador.

Os resultados de todos os exames/análises serão encaminhados para o GCCT.

De acordo com o potencial dador, estabilidade hemodinâmica e os vários órgãos a colher, poderá ser necessário solicitar colheitas/exames mais específicos:

- Ecografia abdominal se dador com traumatismo, alterações analíticas, ou idade avançada;
- Eocardiograma e enzimas cardíacas se dador de coração;
- RX tórax, gasimetrias seriadas e eventual broncofibroscopia se dador de pulmão;
- Biopsia hepática para dador de fígado se ecografia com sinais de esteatose (envio do produto da biopsia para o Bloco operatório do pólo - contatar serviço de apoio 11 260 ou GCCT);

As segundas PMC são, normalmente, realizadas passadas 6 horas após as primeiras. Se confirmada a morte cerebral o médico da Unidade deverá certificar o óbito, o óbito é certificado logo após as segundas PMC positivas, e a partir deste momento falamos de dador de órgãos.

Os cuidados de Enfermagem devem manter-se ao dador, tal como no doente crítico. Todos os cuidados prestados até à realização de PMC precisam ser assegurados e de acordo com os órgãos a colher deveremos estar mais atentos para alguns deles, que estarão mais diretamente associados à colheita (ex. pulmão – aspiração de secreções; córneas – aplicação de cloranfenicol...).

O transporte do dador para o Bloco Operatório é assegurado pela equipa da UCIN (Médico e Enfermeiro).

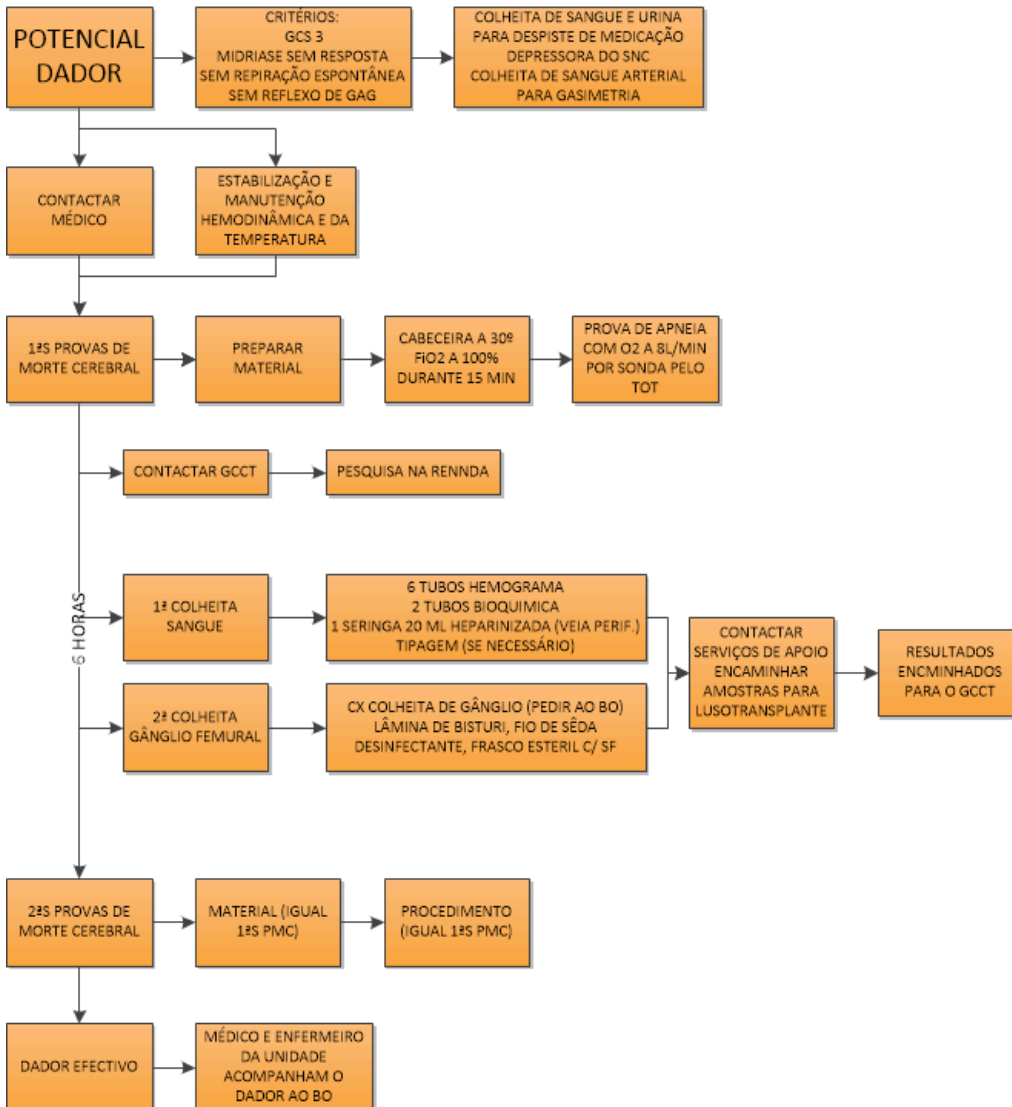
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		4/5

	Procedimento Setorial ÁREA – CUIDADOS INTENSIVOS	COD. 0000
	Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	

8. ANEXOS

8.1. Outros

DIAGRAMA DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS COM O POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS



EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		5/5

APÊNDICE IV

Ação de formação

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Qual o contributo que o Enfermeiro Especialista poderá dar para a identificação de um potencial Dador de Órgãos?

2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Pessoa em Situação Crítica

Discente: Vanda Palmeiro, nº 4033
Enf. Orientadora: Enf. Cristina César
Docente Orientador: Prof. Jorge Ferreira



Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos
Procedimento Setorial



Agradecimento especial:

Enf.ª Maria da Cruz Palma
Enf.ª Rosário Coelho

Sumário

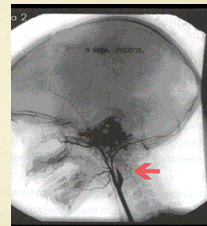
- Identificação do Potencial Dador;
- Colaboração nas provas de Morte Cerebral;
- Tratamento Ativo do Dador;
- Apresentar o Procedimento Setorial - Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos

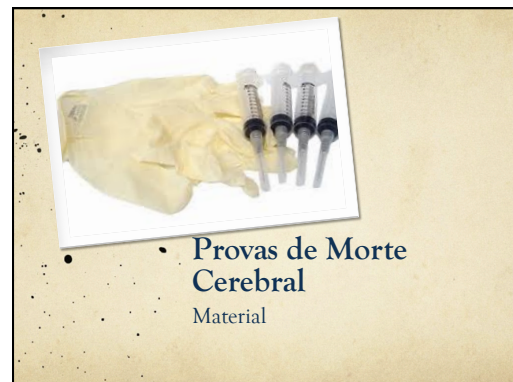
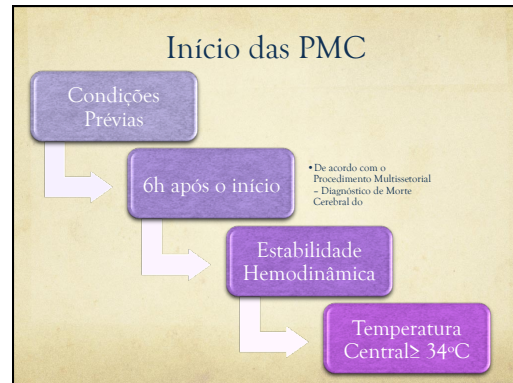
Identificação do Potencial Dador



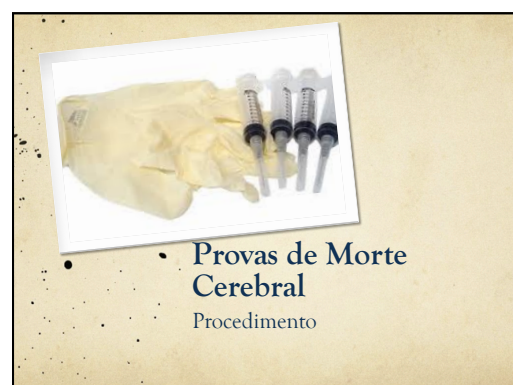
Morte Cerebral

Declaração da Ordem dos Médicos de acordo com o Artigo 12º da Lei nº 12 / 93 de 22 de Abril - A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.





- Soro fisiológico a 4°C
- Cateter venoso periférico G14
- Seringa de 50 ml
- Ebonite/Compressas
- Otoscópio
- Sonda nasal de O_2



Importante!!
Garantir o correto preenchimento do impresso de registo das PMC - Anexo 1 - TRC.132

Intervenções do Enfermeiro

Potencial dador aceite pelo GCCT



Colheitas de sangue para:

- 6 tubos de hemograma
- 2 tubos de bioquímica
- 1 seringa de 20 ml heparinizada
- Tipagem
- Outras análises (se pedido pelo GCCT)


Identificação do potencial dador

- 1º Colocar num saco de plástico;
- 2º Colocar num contentor próprio fornecido pelo GCCT;
- 3º Contatar serviço de apoio - tel. [11260](tel:11260)



Identificação do potencial dador

- 1º Colocar num saco de plástico;
- 2º Colocar num contentor próprio fornecido pelo GCCT;
- 3º Contatar serviço de apoio - tel. [11260](tel:11260)



**Enfermeiro responsável pelo
Potencial dador**
=
**Enfermeiro de referência
na UCI**

Exames mais específicos

Ecografia abdominal <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo • Alterações analíticas • Idade avançada 	Dador de coração <ul style="list-style-type: none"> • Enzimas cardíacas • Ecocardiograma 	Dador de pulmão <ul style="list-style-type: none"> • Rx torax • Gasimetrias seriadas • Eventual broncofibroscopia 	Dador de fígado <ul style="list-style-type: none"> • Biópsia hepática, se sinais de esteatose
---	---	---	---

1ª Provas de Morte Cerebral

2ª Provas de Morte Cerebral

6 Horas

Tratamento ativo do dador

Cuidados de Enfermagem

Monitorização

Continuamente <ul style="list-style-type: none"> • ECG • Pressão arterial invasiva • PVC • Oximetria de pulso • Temperatura 	Horária <ul style="list-style-type: none"> • Diurese 	Cada 4-6 horas <ul style="list-style-type: none"> • Glicemia • Na, Cl, K • Ureia • Creatinina • Gasimetria • Hemograma • Coagulação
---	--	---

Objetivos

```

    graph TD
      A[PAS > 90 mmHg] --- B[Estabilidade hemodinâmica]
      B --- C[PAM ≥ 60 mmHg]
      B --- D[PVC < 12 mmHg]
    
```



Objetivos

Temp > 35°C e < 38°C		
DU 3-4 ml/Kg/h	Glicemia 80-140 mg/dl	
Na sérico >135 e <150 mmol/l	K sérico >3 e < 5 mmol/l	Hg > 8 g/l

Pulmão

- Aspiração de secreções
- Drenagem postural cada 2h

Córneas

- Proteção com compressas
- Aplicação de cloranfenicol


Hipotermia

- Fluidos intravenosos aquecidos
- Cobertor térmico
- Aquecer e humidificar o circuito de ventilação
- Água aquecida pela SNG


Ter em atenção

Estabilidade Hemodinâmica <ul style="list-style-type: none"> • Usar cristaloides • Noradrenalina <0,5 µg/Kg/min 	Hiperglicemia <ul style="list-style-type: none"> • Perfusão de insulina se necessário. 	Diabetes Insípida <ul style="list-style-type: none"> • Desmopressina 1-2 µg/4-6h (DU > 4ml/Kg/h) 	Hipernatremia <ul style="list-style-type: none"> • Cristaloides • Água pela SNG
---	--	---	--

RENDA
 Garantir que
 documento de consulta
 ao RENDDA fica anexo
 ao processo




Transporte para o BOC - Eq da UCI
 Monitorização contínua e rigorosa

Obrigada pela vossa disponibilidade e atenção!

Bibliografia

- Europa, P. E. (2010). Directiva 2010/45/UE do Parlamento Europeu e do Conselho. *Journal Oficial da União Europeia*, 207, 14-29.
- Learning, I. f. (2007). *Programa Avançado em Coordenação de Doação/Transplantação*. (R. Valero, Ed., C. Boloitinha, & R. Pereira, Trans.) Barcelona: TTM Educational Project.
- República, A. d. (1993). Lei n.º 12/93 - Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana. *Diário da República - I Série - A*, 94, 1961-1963.
- Saúde, M. d. (1994). Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril. *Diário da República - I Série B*, 235, 6160.
- Saúde, M. d. (2010, Julho 2). Directiva sobre Transplantação. Retrieved Maio 6, 2012, from Portal da Saúde: www.min-saude.pt/portal/contenidos/a+saude+em+portugal/noticias/actualiz/2010/7/directiva+transplantacao.htm
- www.uninet.edu/cime99/cursos/braindeath/index.html

APÊNDICE V

Plano de Cuidados

Plano De Cuidados De Enfermagem

	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções
Potencial dador	Risco de débito cardíaco diminuído relacionado com a Morte Cerebral (MC) por perda do tronco cerebral.	Manter estabilidade hemodinâmica; Evitar arritmias.	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar continuamente a frequência e ritmo cardíaco;- Monitorizar continuamente a pressão Arterial invasiva;- Monitorizar continuamente a pressão venosa central (PVC);- Gerir protocolos terapêuticos complexos, com amins e iões.
Potencial dador	Risco de volume de líquidos deficiente, relacionado com a MC por deficiência da hormona antidiurética ou por hipoglicemia.	Manter equilíbrio hidroeletrólítico.	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar continuamente a PVC;- Monitorizar de 1 em 1 hora a diurese;- Monitorizar de 4 em 4 horas da glicemia, Na, Cl e K;- Registrar rigorosamente as entradas e perdas;- Contabilizar o Balanço hídrico;- Interpretar a gasimetria arterial;- Administrar fluidoterapia de acordo com os valores do Na sérico;- Administrar água pela SNG para combater a hipernatrémia;- Gerir protocolos terapêuticos complexos com iões.

Potencial dador	Risco de desobstrução ineficaz da via aérea, relacionado com ventilação mecânica invasiva por presença de secreções.	Manter a permeabilidade Tudo Endotraqueal (TET).	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a permeabilidade do TET; - Fixar o TET; - Monitorizar as Saturações de O₂ periférico; - Aspirar secreções; - Drenar posturalmente a cada 2 horas; - Controlar a pressão do <i>cuff</i> do TET;
Potencial dador	Risco de troca de gases prejudicada, relacionada com a MC por alterações no equilíbrio ácido-base.	Manter ventilação mecânica adequada; Manter equilíbrio ácido-base.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar os parâmetros ventilatórios (FR, VC, FiO₂); - Garantir a permeabilidade e adequado funcionamento de todo o sistema ventilatório; - Realizar gasimetrias arteriais; - Interpretar os parâmetros gasimétricos.
Potencial dador	Risco de Hipotermia relacionada com a MC por perda da função termoreguladora do hipotálamo.	Manter a temperatura corporal > 35 °C e < 38 °C.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar continuamente a temperatura corporal; - Administrar fluidos intravenosos aquecidos; - Utilizar cobertor térmico; - Aquecer e humidificar o circuito de ventilação; - Administrar água aquecida pela Sonda Nasogástrica (SNG).
Potencial dador	Risco de glicemia instável, relacionado com a MC provocado por administração de soluções de glucose,	Manter níveis de glicemia entre os 80 e 140 mg/dl.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar em intervalos de 4 horas a glicemia (intervalos menores se instabilidade); - Gerir perfusão de insulina EV

	por alterações na microcirculação pancreática.		(se necessária a sua administração); - Controlo de estase gástrica se adequada a alimentação entérica.
Potencial dador	Risco de infeção, relacionado com procedimentos invasivos.	Evitar a Infeção.	- Manter assepsia em todos os procedimentos; - Utilizar técnica asséptica cirúrgica no manuseamento do local de inserção dos cateteres; - Utilizar clorhexidina alcoólica para a desinfeção do local de inserção dos cateteres; - Realização diária dos pensos dos cateteres; - Utilizar máscara e luvas estéreis na aspiração de secreções pelo TET.
Potencial dador	Mobilidade no leito prejudicada, relacionada com a MC por total ausência de movimentos.	Manter a integridade cutânea.	- Prestar cuidados de higiene diariamente; - Posicionar a cada 2 a 4 horas; - Utilizar dispositivos de prevenção de úlceras de pressão; - Vigiar a integridade cutânea; - Manter cabeceira a 30°.
Familiares	Ansiedade relacionada à morte, manifestada com medo de sofrimento ao morrer, durante o processo de colheita	Transmitir toda a informação correta e adequada no processo de colheita de	- Proporcionar aos familiares um ambiente calmo; - Permitir aos familiares a presença junto do dador pelo tempo considerado

de órgãos

órgãos

necessário;

- Desmistificar todos os pré-conceitos relativos à colheita de órgãos;
- Fornecer à família todas as informações solicitadas;
- Utilizar assertividade e empatia em todo o processo de comunicação;
- Utilizar o protocolo de Buckman para a comunicação da má notícia.

ANEXOS

ANEXO I

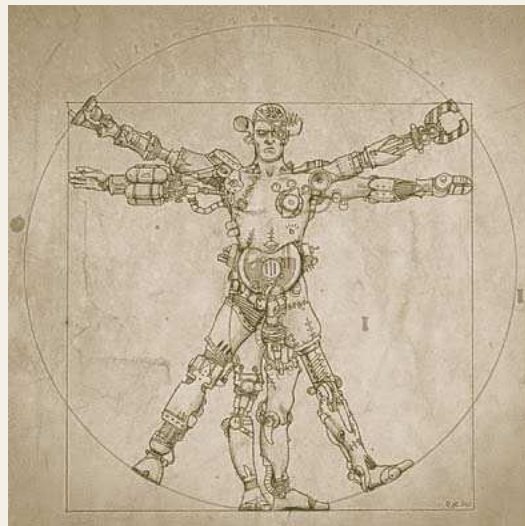
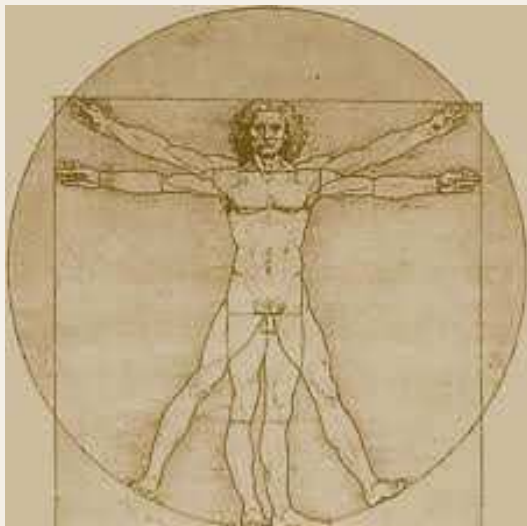
Dinamizar a Bioética na Universidade de Lisboa

III – Transplantação

DINAMIZAR A BIOÉTICA NA UNIVERSIDADE DE LISBOA III

Transplantação

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
Edifício Egas Moniz - Anfiteatro 58
14 Junho 2012



PROGRAMA

9:00-9:10

Abertura - Prof. António Barbosa

9:10-9:30

Introdução à bioética da transplantação de órgãos - Prof. Paulo Costa (FMUL)

9:30-10:00

Bioética e transplantação de órgãos: Dilemas da investigação e do processo - Prof. Rui Maio (FMUL)

10:00-10:30

Transplantação de medula - Prof. João Forjaz Lacerda (FMUL)

10:30-11:00

Doação anónima e doação dirigida. Aonde o verdadeiro altruísmo? - Prof. Miguel Oliveira da Silva (FMUL)

11:00-11:30

Quadro legislativo dos transplantes - Prof. Miguel Patrício (FDUL)

11:30-12:00

Identidade pessoal - Prof. José Barata-Moura (FLUL)

12:00-12:15

Lançamento do livro *Gravitações Bioéticas* editado pelo Centro de Bioética da FMUL, com a presença do Magnífico Reitor da Universidade de Lisboa, Prof. Doutor António Sampaio da Nóvoa

12:15-13:00

Discussão - Prof. Carolino Monteiro (FFUL), Prof. Jorge Marques da Silva (FCUL), Prof. Nuno Nabais (FFUL)

Organização



Centro de Bioética
da Faculdade de Medicina
da Universidade de Lisboa



Centro de Filosofia das Ciências
da Universidade de Lisboa

<http://cfcul.fc.ul.pt>

ANEXO II

Campanha de doação em vida



doar
um rim
faz bem
ao coração



descobre
aqui
como podes
ser dador
em vida

ANEXO III

Dador de Coração Parado em Portugal



Saúde

Atualidade

Saúde & Medicina



Médicos aprovam novos critérios que facilitam colheita de órgãos

Extração de órgãos só pode ocorrer caso a pessoa não esteja inscrita como não dadora

12 de abril de 2013 - 17h22

A Ordem dos Médicos aprovou os critérios que permitem avançar para uma lei que preveja a doação de órgãos em dadores que tiveram uma paragem cardiorrespiratória, o que poderá ajudar a aumentar o número de transplantes em Portugal.

Um documento oficial da Ordem lembra que o número de órgãos colhidos em doentes em morte cerebral é insuficiente “para as necessidades crescentes de candidatos a transplante”.

A Ordem dos Médicos definiu critérios para ajudar a regular a doação de órgãos, alargando a colheita a dadores de coração parado.

Esta definição tinha sido solicitada à Ordem dos Médicos pela antiga Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, que já considerava que o número de órgãos disponíveis para transplante poderia aumentar significativamente se fossem colhidos logo após a paragem cardiorrespiratória (PCR).

Em Portugal, vai optar-se por colher órgãos de dadores em coração parado para transplantes em duas situações: vítimas de acidente ou de PCR encontradas mortas no local pela equipa de ressuscitação; e dadores que tiveram morte cardíaca súbita ou que apresentem lesões cerebrais catastróficas seguidas de paragem cardiorrespiratória quando as manobras de ressuscitação não tiveram sucesso.

Não dadores em lista

Para a Ordem dos Médicos, a extração de órgãos só pode ocorrer caso a pessoa não esteja inscrita expressamente como não dadora e após comprovação e certificação da morte.

O diagnóstico por paragem cardiorrespiratória tem de ser feito por “ausência inequívoca” de batimentos cardíacos e de movimentos respiratórios por período nunca menor a 10 minutos e depois de terem sido realizadas manobras de tentativa de recuperação por pelo menos 30 minutos.

Segundo os critérios da Ordem, o diagnóstico de morte deve ser comprovado por dois médicos sempre que a paragem cardíaca ocorra fora do hospital ou nos casos em que o chefe de equipa de ressuscitação é diferente do que atesta o óbito.

Já a equipa que deve preservar e colher os órgãos destes dadores só pode iniciar funções depois de passada a certidão de óbito pela equipa de reanimação.

Em declarações à agência Lusa, o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, explicou que estes critérios agora definidos vão permitir fazer avançar em Portugal a legislação que torne possível a colheita de órgãos em doentes com paragem cardiorrespiratória, ou seja, mesmo que não estejam em morte cerebral.

Um estudo realizado pela equipa da Viatura Médica de Emergência Médica e Reanimação (VMER) do Hospital de São Francisco Xavier concluiu que cerca de 25,4 por cento do total de doentes em paragens cardiorrespiratórias (PCR) decorridas nos anos 2003 a 2008 e assistidas por este meio de socorro “seriam potencialmente dadores de coração parado”.

Lusa

Recomendar

59 pessoas recomendam isto. Sê a primeira entre os teus amigos.



**RECEBA AS MANCHETES DOS JORNAIS
GRATUITAMENTE POR SMS. REGISTE-SE JÁ!**

powered by  

As informações disponibilizadas são para conhecimento geral e não substituem de forma alguma o conselho médico apropriado em caso de sentir algum sintoma de doença.

RTP Notícias

[RTP](#) / [Início](#) / [Vídeo e Áudio](#) / [País](#)

Ordem dos Médicos estende colheitas de órgãos a doentes em paragem cardíaca

12 Abr, 2013, 14:29 / atualizado em 12 Abr, 2013, 14:29

A colheita de órgãos vai deixar de estar restrita a doentes em morte cerebral. A Ordem dos Médicos aprovou os critérios para a colheita também em doentes em paragem cardíaca.. Aumenta assim o número de potenciais dadores numa altura em que se registam quedas no número de transplantes. Para isso contribui a diminuição do número de acidentes rodoviários e a melhoria nos cuidados de saúde. Há muito que os especialistas pediam a inclusão de outras dádivas. Os coordenadores das unidades de transplantes aplaudem a medida já aplicada em quase toda a Europa.



ANEXO IV

Procedimento Multisetorial – Hospital A

Conselho de Administração
Circular Informativa

Nº: 467 Data: 30 de Setembro de 2010

ASSUNTO: Procedimento Multissectorial – Diagnóstico de Morte Cerebral. TRC.132
(NOVO)

O Conselho de Administração em sessão de 29/09/2010 aprovou o seguinte Procedimento:

Diagnóstico de Morte Cerebral. TRC.132 (NOVO)

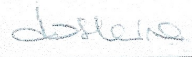

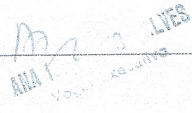
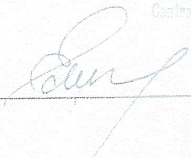
Está associado à Política de Tratamento e Cuidados do e aplica-se a todo

P O Conselho de Administração

Laura Silveira
LAURA SILVEIRA
Vogal Executivo

	Procedimento Multissetorial	TRC.13Z
	DIAGNÓSTICO DE MORTE CEREBRAL	

De: P. R. R. 29.09.2010

APROVAÇÃO	
O CA aprova	
   	

Conselho de Administração
Centro Hospitalar de ...
Centro de ...

1 OBJECTIVO

MANUEL BRITO
Vogal Executivo

ANA F. L. L. L. L. L.
Vogal Executivo

Descrever o processo para certificação de morte cerebral em adultos, com idade igual ou superior a 18 anos e uniformizar o respectivo impresso de registo no ... EPE (... EPE).

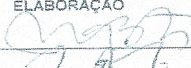

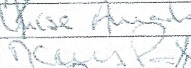

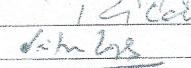

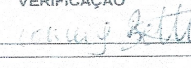
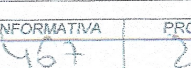


2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O processo para certificação de morte cerebral aplica-se à sala de emergência, da Área de Urgência Geral e Unidades de Cuidados Intensivos, e a todas as unidades de cuidados intensivos do ... EPE.

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do procedimento: Área da Urgência Geral e Unidades de Cuidados Intensivos do ... EPE e Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

3.1 Pela revisão do procedimento: Área da Urgência Geral e Unidades de Cuidados Intensivos do ... EPE.

ELABORAÇÃO	
Dra. Conceição Botas	
Dr. João Alcântara	
Dr. Luís Bento	
Dra. Luísa Amado	
Enf. Mª da Cruz Palma	
Dra. Paula Rocha	
Dr. Ricardo Gomes Matos	
Dr. Ricardo Matos	
Dr. Vitor Lopes	
VERIFICAÇÃO	
CQSD	

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2010 Nº 467	2013	1/3

	Procedimento Multissectorial	TRC-132
	DIAGNÓSTICO DE MORTE CEREBRAL	

4 DEFINIÇÕES

De acordo com a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei 12/93, de 22 de Abril:

"A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade".

5 SIGLAS DE ABREVIATURAS

CA – Conselho de Administração

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

CHD – Coordenador Hospitalar de Doação

CHKS/HAQU – Caspe Healthcare Accreditation and Quality Unit

CQSD – Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

6 REFERÊNCIAS

Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
40	Cuidados Terminais	40.8

Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril.

Lei - nº 22/2007, de 29 de Junho.

Portaria - nº 357/2008 de 09 de Maio - Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação

Circular Informativa do - nº 062 de 03 de Fevereiro de 2010 (com respectivo anexo).

7 DESCRIÇÃO

7.1 Introdução

O diagnóstico de morte cerebral tem uma conceptualização, metodologia diagnóstica e enquadramento legal que estão bem definidos na literatura médica e o acervo legislativo e normativo legal estão igualmente bem definidos (consultar referências).

Não há, actualmente, controvérsia significativa sobre o tema da morte cerebral seja do ponto de vista da ciência médica, das religiões e da ética.

A metodologia da verificação de morte cerebral, tem uma praxis médica com alguma evolução ao longo do tempo, mas não modificando de forma substantiva as provas de diagnóstico e a sua execução concreta.

No diagnóstico de morte cerebral, que é uma perícia médico-legal executada por médicos, pode-se afirmar que só há que seguir o articulado da Lei em vigor.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2010	Nº 467	2013
			2/3

	Procedimento Multisectorial	TRC.132
	DIAGNÓSTICO DE MORTE CEREBRAL	

7.2 Processo

A determinação da causa do coma e das pré condições (ausência de hipotermia, de hipotensão e de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central), devem ser verificadas e registadas precedendo a realização das provas.

Na realização das provas de morte cerebral devem, sistematicamente e seriadamente, ser seguidas as regras de semiologia definidas. As "Notas para a Realização de Provas de Morte Cerebral" que estão apensas ao formulário de registo devem servir como referencial de esclarecimento explanando alguns aspectos da realização prática das provas (anexo I).

O pedido de exames complementares não é obrigatório, no nosso contexto legal, ficando reservado para decisão médica em casos em que a execução das provas esteja prejudicada pela circunstância clínica.

O protocolo de registo deve ser completamente preenchido, nomeadamente, no que diz respeito à identificação dos médicos que procederam à realização das provas.

8 ANEXOS

8.1 Impressos

Anexo I - Folha para registo dos dois conjuntos de provas efectuadas;

Anexo II - Notas para a realização de provas de morte cerebral.

Os impressos, após preenchidos, transformam-se nos registos que legalmente têm que ser arquivados durante 30 anos.

8.2 Outros

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.	
A	2010	Nº 467	2013	3/3

Diagnóstico de Morte Cerebral Em Adultos

Colocar vinheta de identificação

Diagnóstico: _____
 Ex. Comp. confirmativos do diagnóstico: _____

Data Hora	Primeira	Segunda
	Observação	Observação
A – Coma de causa estabelecida, ausência de hipotermia (t. central $\geq 34^{\circ}\text{C}$), de hipotensão (TAM $\geq 60\text{mmHg}$) e de drogas depressoras do SNC (ex. etanol, barbitúricos)		
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura (<input type="checkbox"/> axilar <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> central) • Alcoolémia • Barbitúria (fenobarbital) • Benzodiazepinas (sérias) • Outros (por exemplo, opiáceos) 		
B – Atividade motora espontânea ou em resposta a estímulos na área dos pares cranianos (excluídos terceiros e respiratórios) – (Presente/Ausente)		
C – Respostas e reflexos dos nervos cranianos (Presentes/Ausentes)		
<ul style="list-style-type: none"> • Reflexos fotomotores • Reflexos córneos • Reflexos faríngeo e traqueal profundo (respiração faríngeo, tosse profunda) • Reflexos óculocefálicos verticais e horizontais (resposta ocular a rotação rápida e tração/extensão da cabeça e do pescoço) • Resposta ocular à irrigação dos canais auditivos com 50ml de água fria (resposta parva; não considerar a resposta negativa antes de 1 minuto; 4 minutos de intervalo entre o estímulo dto. e esquerdo) 		
D – Movimentos respiratórios espontâneos após 8 minutos em apnéia (area: ao prova P_{CO2} a 100% durante 15 minutos e obter P_{aCO2} ≥ 20 e P_{aO2} ≥ 40, durante a prova O₂ por pelo menos igual a 5 e 61 ml e monitorizada; a SaO₂ no fim da prova; a P_{aO2} deverá ser superior a 60mmHg ou diferencial ≥ 20 de valor basal)		
<ul style="list-style-type: none"> • Presentes/Ausentes • P_{aCO2} no fim do teste de apnéia • P_{aO2} no fim do teste de apnéia 		
E – Outros exames complementares abaixo indicado(s) quando considerados necessário		
<ul style="list-style-type: none"> • EEG isoelectrico com registo parcial em amplitude máxima (Sim/Não) • Potenciais E. Auditivos: ausência de respostas do tronco (Sim/Não) • Potenciais E. Somatosensoriais: ausência de respostas encefálicas (Sim/Não) • Doppler transcraniano (discriminar achados) • Angiografia cerebral (discriminar achados) 		

Nota explicativa no verso

Observações: _____

1 ^o Obs	Nome: _____	N.º OM _____	O Médico _____	O Médico _____
	Nome: _____	N.º OM _____		
2 ^o Obs	Nome: _____	N.º OM _____	O Médico _____	O Médico _____
	Nome: _____	N.º OM _____		

(Identificação dos Médicos que realizam as provas)

NOTAS PARA A REALIZAÇÃO DE PROVAS DE MORTE CEREBRAL

A folha de anexo deve ser utilizada na realização e registo de todas as provas de morte cerebral no em doentes adultos (idade ≥ 18 anos). O presente protocolo não se aplica a crianças. Os critérios para a sua execução em idades pediátricas diferem ligeiramente destes devendo, nomeadamente, na 1ª infância ser consultado um especialista habituado a lidar com a sua realização.

Nos termos da declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da lei nº 12/93, de 22 de Abril e publicada no Diário da República nº 235, página 6160, de 11 de Agosto de 1994, a verificação da morte cerebral requer:

- A realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade (recomendando-se habitualmente no adulto um intervalo entre provas \geq a duas horas, maior e nos recém nascidos e crianças podem ser necessárias até 24-48 horas);
- A execução das provas de morte cerebral deve ser executada por dois Médicos Especialistas em neurologia, neurocirurgia ou com experiência em cuidados intensivos;
- Nenhum dos Médicos que executa as provas poderá pertencer às equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à Unidade ou Serviço em que o doente esteja internado.

O diagnóstico da morte cerebral deve ser considerado apenas 6 horas depois do início do coma, após obtenção de estabilidade hemodinâmica e, preferencialmente, em ambiente de cuidados intensivos. Deve ser referido que a hipotermia pode simular morte cerebral, dado a resposta pupilar à luz poder desaparecer quando a temperatura central é menor que 32°C e os reflexos do tronco cerebral podem estar deprimidos. Quando das provas a temperatura central deverá ser $\geq 34^\circ\text{C}$.

Embora o diagnóstico de morte cerebral deva ser sempre realizado na ausência de fármacos depressores do sistema nervoso central, um diagnóstico clínico de morte cerebral pode ser feito se os níveis de fármacos não se encontrarem elevados. Nos doentes em que um determinado fármaco se encontrar presente mas os seus níveis não poderem ser quantificados, uma abordagem racional é a observação do doente por um período superior a quatro vezes a semi-vida do fármaco em questão, desde que não existam outras disfunções de órgão que impeçam a sua metabolização ou eliminação. No caso de dúvida persistente, devem ser realizados exames complementares de diagnóstico.

Devem ser observados cuidados particulares:

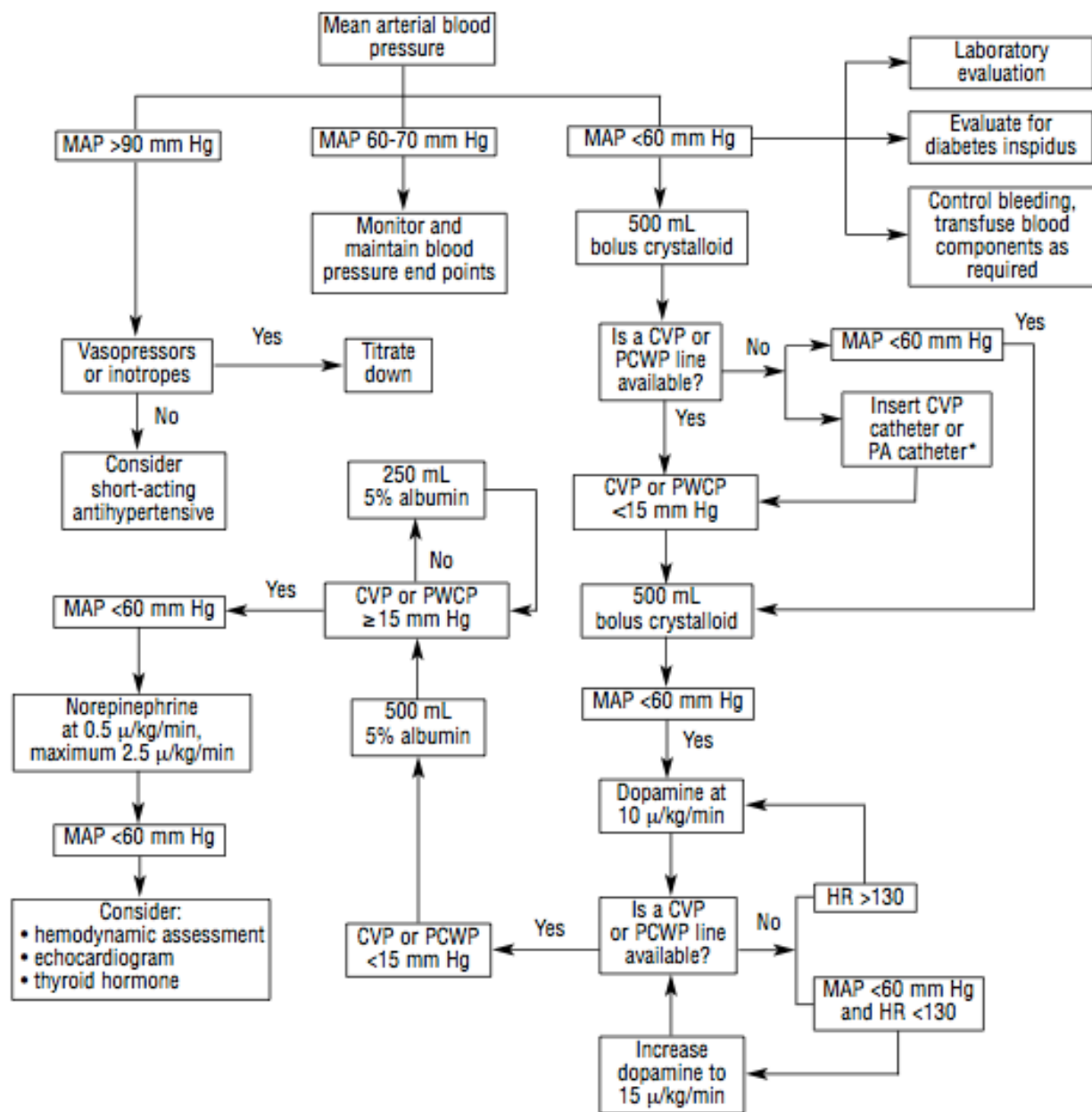
- Na avaliação dos reflexos oculovestibulares (resposta ocular à irrigação dos canais auditivos com 50 ml de água fria ($\pm 4^\circ\text{C}$), – cabeça a 35º, a realização de otoscopia prévia; não se considerando a resposta negativa antes de 1 minuto e devendo ser feita pausa de 4 minutos de intervalo entre o estímulo direito e esquerdo);
- Na observação dos movimentos respiratórios espontâneos (tempo mínimo de 3 minutos em apneia ou o necessário para no fim da prova a PaCO₂ ser superior a 50 mmHg ou existir um diferencial superior a 20 mmHg da PaCO₂ em relação ao valor basal (antes da prova FIO₂ a 100% durante 15 minutos; durante a prova administrar O₂ por sonda intratraqueal a > 8 L/min ou por sistema de CPAP, sempre com motonização contínua da SaO₂; em caso de hipoxémia a prova deve ser interrompida).

A utilização de meios complementares de diagnóstico (quer electrofisiológicos quer testes de perfusão cerebral) não é habitualmente necessária e não é mandatória face à lei portuguesa. Todavia, a sua realização está indicada quando existirem dúvidas na interpretação das provas clínicas (p.ex. pela presença de eventuais reflexos espinais), não existir diagnóstico para o coma, ou não existirem possibilidades de executar alguma(s) das provas clínicas.

Durante a execução das provas de morte cerebral deve ser sempre evitado qualquer acto do qual possa resultar agressão adicional para o doente. Este pressuposto pode impedir a realização de algumas provas clínicas (por exemplo a pesquisa de reflexos oculocéfálicos em doente em que não foi excluída a existência de lesão traumática da coluna cervical ou a realização da prova da apneia em doente com hipoxémia refractária). Tais casos podem obrigar à realização de exames complementares de diagnóstico.

ANEXO V

Diagrama da Tensão Arterial⁷⁷



CVP indicates central venous pressure; HR, heart rate; MAP, mean arterial pressure; PA, pulmonary artery; PCWP, pulmonary capillary wedge pressure
 * PA catheter if donor is more than 50 years old or has heart disease.

Blood pressure algorithm

ANEXO VI

Protocolo de Buckman⁵²

Anexo 3. Cómo comunicar malas noticias: protocolo de seis etapas de Buckman

Primera etapa. Preparar el contexto físico más adecuado

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo, *¿Cómo se encuentra hoy?*, o *¿Qué tal, cómo se siente?*, o *¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?* (dependiendo de la situación se elegirá una de estas preguntas o alguna similar).

Segunda etapa. Averiguar cuánto sabe el paciente

Esta fase es muy importante, ya que el paciente a menudo presenta ideas o al menos sospechas que pueden ahorrar mucho camino al profesional (imagínense un paciente fumador que ha estado ingresado porque le vieron «algo» en un pulmón y le han hecho mil pruebas en el hospital incluida una broncospia). El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase.

Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención no sólo en la narración del enfermo, sino también en su comunicación no verbal. Interesa particularmente saber cómo de grave cree el paciente que es su proceso y cómo puede afectar a su futuro. Estos aspectos interesan mucho más que el hecho de si conoce el nombre de su enfermedad o su patofisiología. No conviene por supuesto «recrearse» en aspectos sin trascendencia en la evolución del paciente o familiar o que no sean necesarios para la comprensión del proceso.

Podrían utilizarse preguntas como:

- *¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?*
- *¿Qué le han dicho sobre su enfermedad?*

(Esta pregunta es muy positiva de cara a evitar malos entendidos o mensajes contradictorios o con matices diferentes, problema relativamente frecuente en pacientes que son atendidos por distintos profesionales en diferentes ámbitos: pacientes oncológicos, etc.):

- *¿A qué cree que puede ser debido su problema?*
- *¿Cómo ve usted esto de grave?*

Incluso estas preguntas conviene hacerlas de forma escalonada, dejando por ejemplo la última de las descritas para al final de esta fase, cuando ya hayamos captado parte de las creencias del paciente.

Con este tipo de preguntas podremos obtener información del paciente en diferentes aspectos:

- Cómo se acerca su impresión a la naturaleza real de su problema.

- Características del paciente: nivel educacional, capacidad de expresión, preparación, etc.
- Estado emocional en relación a su proceso. Conviene estar atento a lo que el paciente dice y a lo que no dice o evita decir, así como a todas las claves no verbales que seamos capaces de captar. Es interesante advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal.

Por otro lado, este tipo de preguntas en una persona que no sospeche nada pueden ayudar a aclimatarlo a la nueva situación.

Una vez que hemos explorado lo que ya sabe, debemos saber lo que sospecha. Si no ha salido con alguna de las preguntas anteriores se puede añadir alguna de las siguientes:

- *¿Y usted por qué cree que le han hecho todas estas pruebas?*
- *¿Y qué es exactamente lo que le tiene preocupado?*
- *¿Está usted preocupado por...?*
- *¿Hay alguna cosa que le preocupe?*

En una segunda fase podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que sospechemos no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: *¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?* Esta fase pretende minimizar la incomodidad en la medida de lo posible y transmitir al paciente que nos interesamos por lo que piensa y siente, estando dispuestos a escucharle.

Hay que tener en cuenta que el profesional no es el único medio de información. El paciente recibe información a través de otros enfermos, de medios diagnósticos o terapéuticos, de otros profesionales o de los medios de comunicación.

Otra ventaja añadida de una correcta ejecución de esta fase es evitar los mensajes más o menos contradictorios que entre distintos profesionales se producen a menudo, ya sea por distinto criterio, por miedo a decir la verdad, por inseguridad o desconocimiento.

Tercera etapa. Encontrar lo que el paciente quiere saber

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información posterior con los pacientes. A veces es difícil conocer si el enfermo quiere saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa. O sea, que es difícil saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista.

Aconsejamos preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: *Si esto se convirtiera por casualidad en algo grave, ¿pertenece usted al tipo de personas que le gustaría saberlo exactamente? ¿Le gustaría que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico? ¿Es usted del tipo de personas que le gustaría conocer todos los detalles del diagnóstico o preferiría sólo conocer el tratamiento a seguir? Si el problema fuera grave, ¿cuánto le gustaría saber sobre él?, o, ¿Le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara?*

De estas preguntas hay algunas que dejan capacidad de elección al paciente. Es decir, preguntas como las de *¿Es usted del tipo de personas...?* reconoce que existen personas así

y le hace más fácil reconocer su postura en caso de no querer información. O, por otro lado, en la última pregunta se deja abierta la posibilidad de desplazar el peso de la información a otra persona del entorno.

Este tipo de preguntas puede parecer que «desvela» información o que incluso puede causar más estrés en los propios pacientes, pero la realidad es que si se realiza bien, puede clarificar muchas cosas al profesional sin perjudicar al paciente.

En cualquier caso, como ya se ha expresado anteriormente, no es necesario preguntarlo tan abiertamente para conocer si quiere y cuánto quiere saber un paciente. Una sensibilidad adecuada en el profesional puede obtener la misma información. En nuestra cultura, una opción puede ser la de esperar a que el enfermo sea el que nos pida más información, muy pendiente de la comunicación no verbal, esperando a que el paciente asimile cada «parte» de la información que se le haya dado con silencios y escucha activa, y que nos pida más mirando al profesional en actitud de espera o pidiendo más información con preguntas directamente. Un símil útil podría ser el de darle un trozo de tarta (pequeño para que no se le haga difícil de digerir), y esperar a que lo asimile y nos pida más porciones según su propio ritmo de asimilación.

En caso de que el paciente exprese su preferencia por no discutir el tema o lo dé a entender, debemos dejar siempre abierta la puerta, ya que un porcentaje de ellos pueden cambiar de opinión posteriormente. Pero el respeto a la decisión del paciente debe ser obvio.

Cuarta etapa. Compartir la información

Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico.

El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico.

Lo primero es «alinearnos» con el paciente, partiendo del nivel de información que ya tiene. A continuación se deciden los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educativos van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades.

En esta fase es importante ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación.

Como ya se ha dado a entender, esta fase puede ser simultánea a la etapa anterior, siendo la petición del paciente de más información la que nos detalla su capacidad de asimilación y la que nos permite decidir cuánta información debemos darle.

Quinta etapa. Responder a los sentimientos del paciente

Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente

esta fase. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.

Sexta etapa. Planificación y seguimiento del proceso

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. En este sentido, hay que tener en cuenta que este tipo de enfermos generan verdaderos núcleos de soledad al no compartir sus preocupaciones y miedos con otros familiares o amigos para no hacerlos sufrir. Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico.

La actitud obviamente debe ser positiva, preparándose para lo peor cuando exista esta posibilidad y esperando lo mejor, sin falsas esperanzas y sin aportar información no real.

Debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe comprobar que controlamos la situación.

Evaluación de las estrategias utilizadas

Este apartado es sumamente importante, ya que un análisis de las entrevistas realizadas con ventajas y defectos ayuda al profesional a conocerse mejor y a reafirmar su confianza, y puede aportar instrumentos para mejorar aquellos aspectos necesarios.

Una buena manera de evaluar la estrategia utilizada es valorar nuestras emociones, ideas o acciones tras la entrevista mediante una reflexión personal. Se debe valorar qué hemos sentido, nuestra seguridad y «confortabilidad», el impacto que hemos producido y las reacciones que se han suscitado, si la información que el paciente ha asimilado era la esperada y si se tienen claros los objetivos del paciente de cara al futuro.

En este sentido, puede ser muy útil comprobar la asimilación con relativa frecuencia durante la entrevista y pedir al paciente un resumen final y su estado emocional tras la entrevista; un sencillo *¿Cómo se encuentra?* Los comentarios a esta pregunta pueden darnos una valoración bastante real de la calidad de la entrevista y del cumplimiento de objetivos. La información aportada por los allegados del estado de ánimo posterior del paciente y de su actitud puede igualmente ayudar a valorar nuestra intervención a la vez que nos aporta información importante de cara al seguimiento del paciente.

Este anexo ha sido elaborado a partir de las siguientes referencias:

1. Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC. 1998; 5(4): 238-50
2. Buckman R How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: Ed. John Hopkins, 1992.
3. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

ANEXO VII

Protocolo do Dador de Coração Parado –
Hospital B

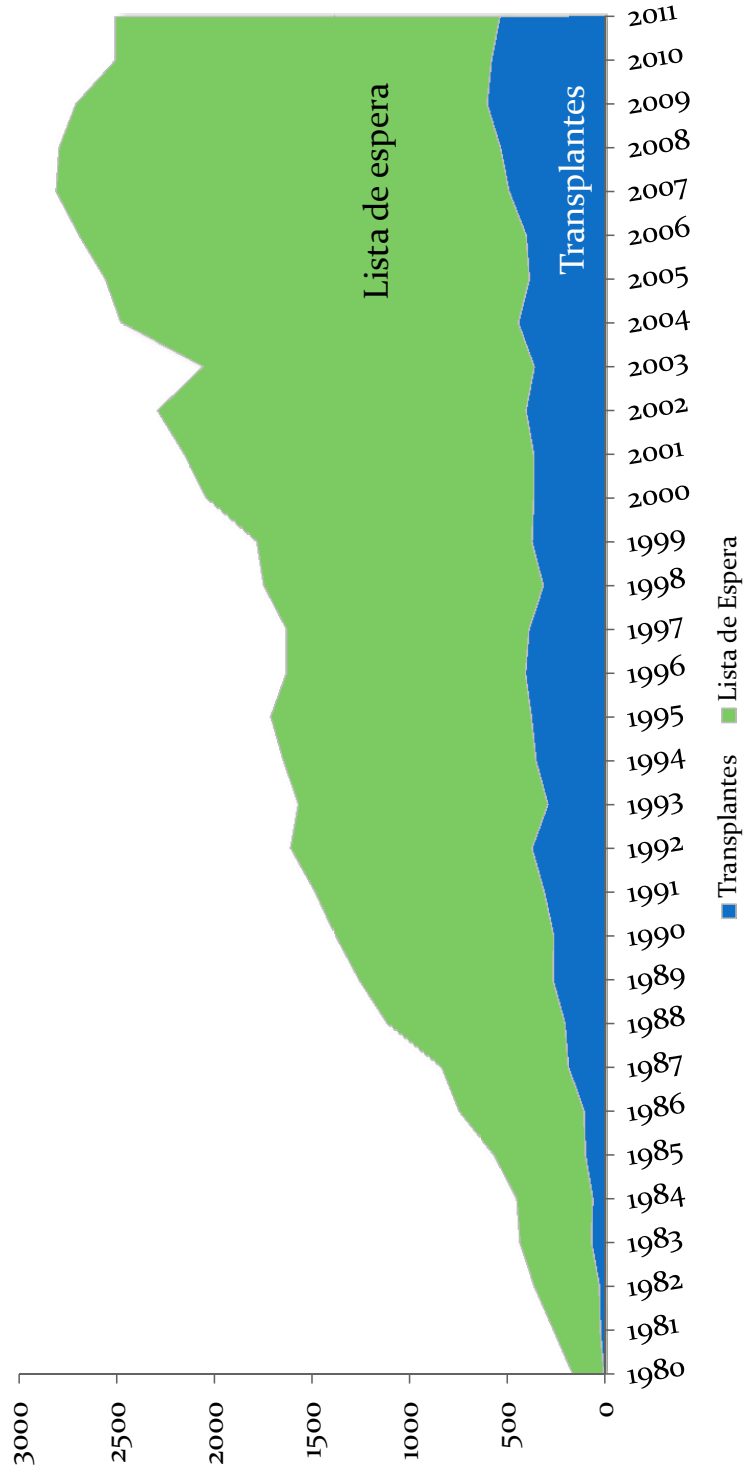
PROGRAMA PORMENORIZADO DEL MANEJO DEL DONANTE EN ASISTOLIA EN EL HOSPITAL

Momento del proceso	Lugar	Personal
0 Parada cardiaca en la calle	↑ Calle	SUMMA 112/SESCAM
1 Posible donante	Calle	SUMMA 112/SESCAM→ Policía, Coordinadora*
2 Traslado del donante	Calle	SUMMA 112/SESCAM
3 Mientras se traslada	Calle 120 min.	Coordinador Intensivista, Perfusionista Cirujanos*.
4 Llegada del donante	UVI de Politrauma Box-9	Intensivista, Coordinador, Enfermería y Auxiliares (UVI/Urg). Celador y Seguridad.
5 Mientras se traslada a quirófano	En el quirófano de la planta baja	Perfusionista, Cirujanos, Enfermería. Celador y Seguridad.
6 Perfüsión	Quirófano de la planta baja ↓	Perfusionista, Enfermería de Qx, Auxiliar de Qx, Cirujano, Coordinador + Coordinadora.
7 Mantenimineto	↑ Quirófano	Perfusionista, Auxiliar, Coordinador, Anestesista.
8 Permiso Familiar	Sala destinada 240 min.	Coordinador Búsqueda familiar previa: Policía Municipal. Información de fallecimiento:Coord.
9 Extracción de órganos	Quirófano de la planta baja ↓	Equipo extractor Perfusionista: <i>sacar de bomba.</i> Enfermería, Anestesista.

ANEXO VIII

Lista de espera para transplante⁷

Transplantação Renal



Aumento de 2% do número de doentes em lista de espera