



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

“Transplante renal uma realidade: a manutenção do dador
de órgãos em morte cerebral no Serviço de Urgência Central”

Fernando Luís Oliveira Sousa

2011





CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

“Transplante renal uma realidade: a manutenção do dador
de órgãos em morte cerebral no Serviço de Urgência Central”

Fernando Luís Oliveira Sousa

Orientado por: Professora Maria Saraiva

Co-Orientado por: Enfermeiro Carlos Neto

2011



transplante renal uma realidade a manutenção do dador de órgãos em morte cerebral no suc

3 CD
3 relatorios a quente

“A construção da cadeia de solidariedade, como o elo doador-receptor, no qual a partida de um possibilita o renascer de muitos é tarefa complexa, que requer uma intensa articulação entre aqueles que necessitam de transplantes, os profissionais que realizam esse procedimento, os poderes públicos que regulamentam esses actos e a sociedade, que precisa estar sensibilizada para atender ao apelo da doação.”

Henry de Holanda Campos

AGRADECIMENTOS

Um muito obrigado aos enfermeiros Orientadores, Enf.^a Eunice Rosendo, Enf.^o Carlos Torgal, Enf.^a Natércia Ferreira e Enf. Carlos Neto, pelo apoio, incentivo e disponibilidade permanente, fundamentais no decurso dos ensinamentos clínicos.

À minha Tutora, Professora Maria Saraiva agradeço as críticas, sugestões, apoio e disponibilidade ao longo da tutoria deste trabalho.

Um agradecimento muito especial ao Dr. Mendes do Vale, ao Prof. Rui Maio, à Dra. Ana Moleiro, que muito me ajudaram com apoio incondicional na concretização deste Relatório.

A todos os colegas que se cruzaram comigo neste percurso, um muito obrigado pela sua compreensão e disponibilidade.

Agradeço à minha equipa de enfermagem pela dedicação e apoio nos momentos mais difíceis.

À minha esposa, pais e sogros pelo muito amor e carinho demonstrado nestes últimos meses, apoio e motivação constantes.

Aos meus dois filhos, um muito obrigado pelo seu amor incondicional, paciência e compreensão nas longas horas de ausência.

SIGLAS

APIR	Associação Portuguesa de Insuficientes Renais
ASST	Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte
CTS	Collaborative Transplant Study
EC	Ensino Clínico
ECG	Electrocardiograma
EDTNA	European Dialysis and Transplant Nurses Association
ERCA	European Renal Care Association
TC	Tomografia Computorizada
HDL	High-density lipoprotein
HDFVVC	Hemodiafiltração Venovenosa Contínua
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLA	Antígenos leucocitários humanos
HSM	Hospital Santa Maria
HTA	Hipertensão Arterial
IRC	Insuficiente renal crónico
IRCT	Insuficiente renal crónico terminal
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PCR	Paragem Cardio Respiratória
PRA	Panel Reactive Antibody
RENDA	Registo Nacional de Não Dadores
SAV	Suporte Avançado de Vida
SUC	Serviço de Urgência Central
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TSR	Terapia de Substituição Renal
VMER	Viatura médica de emergência e reanimação
DP	Diálise Peritoneal
HD	Hemodiálise
UTR	Unidade de Transplante Renal
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DPCA	Diálise Peritoneal Continua Ambulatória
BO	Bloco Operatório
INEM	Instituto Nacional Emergência Médica

Resumo

O presente relatório pretende descrever e analisar o percurso por nós realizado, no quadro dos ensinamentos clínicos preconizados pelo plano de estudos, do Curso Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica na área específica de intervenção de Enfermagem Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O ensino clínico I – Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP) foi realizado num serviço de Nefrologia de um hospital central. O ensino clínico II foi efectuado numa Unidade de Transplante Renal, na área de Lisboa. Estes ensinamentos clínicos foram por nós seleccionados de modo a fomentar um conhecimento mais vasto e profundo sobre o doente insuficiente renal crónico. O ensino clínico III – serviço de urgência central, do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria foi-nos permitido realizar em contexto de trabalho, pois temos desenvolvido competências nesta área tanto na vertente hospitalar como na pré hospitalar, desde 1999 e 2004 respectivamente.

Este relatório tem como objectivo geral: Desenvolver competências de Enfermagem Médico Cirúrgica que nos permitam intervir como peritos numa área específica de intervenção em Enfermagem Nefrológica na manutenção do dador de órgãos em morte cerebral no SUC e como objectivos específicos: Adquirir/aprofundar conhecimentos de enfermagem sobre doente IRCT e sua família em programas de HD e DP; Adquirir/aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados ao doente IRC submetido a transplante renal; Intervir como enfermeiro especialista de médico cirúrgica no cuidar da pessoa em morte cerebral para que o transplante renal seja concretizado; Intervir em relação aos meus pares na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao dador em morte cerebral; Reflectir sobre os cuidados de enfermagem na nossa prática diária.

.Para este trabalho, além da prática de Cuidados de Enfermagem nos contextos em que estivemos inseridos, utilizámos, a análise crítica e a reflexão relativamente à prestação de cuidados de enfermagem, em todas as actividades que desenvolvemos, bem como os objectivos a que nos propusemos, para tal, recorreremos ao projecto elaborado no semestre passado no decorrer da opção II, bem como a anotações recolhidas no decurso dos EC e em entrevistas informais/reflexões realizadas com os Enfermeiros Orientadores

O trabalho desenvolvido no decurso dos ensinamentos clínicos contribuiu de forma inequívoca para o nosso enriquecimento pessoal e profissional no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área específica de Enfermagem Nefrológica

Palavras-chave: Transplante Renal; Dador em morte cerebral; Cuidados Enfermagem ao doente Insuficiente Renal Crónico Terminal; Cultura e Ética

Abstract

The present report aims to describe and analyze the performance during our clinical practices in the area of Nephrology recommended by the curricular plan of Medical-Surgical Nursing Specialization, of Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

The Clinical Practice I – Haemodialysis (HD) and Peritoneal Dialysis (PD) were performed in the Nephrology Service of a central hospital. Clinical Practice II was made in a Lisbon Renal Transplant Unit. Both clinical placements were selected by us in order to foment a deeper and broader knowledge about the Renal Chronic patient's impairment. We were allowed to perform Clinical Practice III at our workplace (Emergency Unit of North Hospital Centre of Lisbon - Hospital de Santa Maria) because of the expertise possessed in both Hospital and Pré-hospital Emergency Unit since 1999 and 2004 respectively.

The main goal of this report is to develop skills in Medical Surgical Specialization, enabling us to act as experts in a specific matter of intervention in Nursing Nephrological Maintenance of organ donation in brain dead patients in an Emergency Unit.

The specific goals are to acquire/ deepen nursing knowledge about Terminal Chronic Renal Insufficient patients and his family in programs of HD and PD; to acquire / develop specialized nursing knowledge about the Chronic Renal Insufficient (CRI) patient underwent renal transplantation, to intervene as a nurse specialist in medical-surgical care for patients with brain damage so that a renal transplantation may be carried out; to intervene in respect of my peers in the improvement of nursing care provided to brain-dead donor and to reflect on the nursing care in our daily practice.

To elaborate this report we resorted to the use of critical and reflexion analysis regarding the providing of nursing care in all activities that we developes, the goals that were set for and also the Nursing Practice in contexts that we were inserted. Therefore, we used the draft prepared last fall during Option II, as well as notes taken during Clinical Practices and informal interviews/discussions held with our Guiding Nurses.

The work developed during our Clinical Practices clearly contributed to our personal and Professional enrichment as part of Medical-Surgical Nursing Speciality, specifically of Nephrological Nursing.

Keywords: Renal Transplantation; Donor with brain-dead; Nursing Care to Terminal Chronic Renal Insufficient patient; Culture and Ethics.

INDICE

	f.
0. INTRODUÇÃO	10
1. METODOLOGIA	13
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MEDICO- CIRÚRGICA.....	15
2.1. PATRICIA BENNER COMO TEÓRICA NORTEADORA PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	17
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS E DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	18
3.1. ENSINO CLÍNICO I	18
3.2. ENSINO CLÍNICO II	24
3.3. ENSINO CLÍNICO III	29
4. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO NO SUC À LUZ DA TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA	37
5. TRANSPLANTAÇÃO	40
5.1. HISTÓRIA DA TRANSPLANTAÇÃO	40
5.1.1. Primórdios	40
5.1.2. As primeiras experiências	41
5.1.3. A imunossupressão na história da transplantação	43
5.2. TRANSPLANTAÇÃO RENAL EM PORTUGAL	44
5.2.1. A imunologia e a transplantação.....	46
5.2.2. Da resposta celular à resposta humoral	46
6. A PROBLEMÁTICA DA TRANSPLANTAÇÃO RENAL	48
6.1. DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	50
6.1.1. Normas para a selecção do par dador receptor	51
6.1.2. Importação e Exportação de órgãos	52

6.2.	BENEFICIOS E RISCOS DO TRANSPLANTE RENAL	53
6.3.	QUESTÕES ÉTICAS	54
6.3.1.	Na doação de órgãos de cadáveres	54
6.3.2.	Na distribuição/atribuição de órgãos para os receptores	55
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

APÊNDICE

Apêndice I Listagem de Artigos seleccionados da EBSCO

ANEXOS

Anexo I	Cronograma dos EC
Anexo II	Funções do Enf.º e do Enf.º Especialista
Anexo III	Regulamento das competências específicas do Enf.º Especialista
Anexo IV	Regulamento das competências específicas do Enf.º Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica
Anexo V	Domínios e competências adaptado de Patrícia Benner
Anexo VI	Sessão de Formação: Algoritmo de SAV
Anexo VII	Sessão de Formação: Articulação da Equipa de Emergência
Anexo VIII	Norma de procedimento sobre articulação da equipa de saúde numa emergência
Anexo IX	Incidentes críticos na sala de HD
Anexo X	Avaliação do EC I
Anexo XI	Guia de acolhimento ao utente para transplante renal
Anexo XII	Folheto Informativo: Sou Transplantado Protege-me
Anexo XIII	Kit de Material a colocar no quarto do doente transplantado
Anexo XIV	Avaliação do EC II
Anexo XV	Decreto Regulamentar n.º67/2007 de 29 de Maio
Anexo XVI	Foto: Acompanhamento de amigos de uma vítima em morte cerebral
Anexo XVII	Tempo de isquémia fria do rim do dador
Anexo XVIII	Via Verde Transplante no SUC
Anexo XIX	Manual de procedimentos de enfermagem sobre manutenção do dador de órgãos

- Anexo XX Sessão de Formação: “Intervenções de Enfermagem na Manutenção de Dadores de Órgãos”
- Anexo XXI Avaliação EC III
- Anexo XXII Estrutura Taxonómica do Conforto
- Anexo XXIII Casuística de dadores de rim em morte cerebral na Europa em 2009
- Anexo XXIV N.º de indivíduos registados no REENDA em Portugal
- Anexo XXV Despacho n.º 6537/2007 de 3 de Agosto
- Anexo XXVI Directiva n.º53 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Julho de 2010
- Anexo XXVII Lei n.º12/2009
- Anexo XXVIII Exportação de órgãos: um caso real
- Anexo XXIX Portaria n.º31/2002
- Anexo XXX Impressos para inscrição no REENDA
- Anexo XXXI Lei n.º141/99
- Anexo XXXII Critérios de Morte Cerebral
- Anexo XXXIII Protocolo de diagnóstico de morte cerebral

0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Prática Clínica I – do 1º Curso de pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, área específica de intervenção Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

As competências figuram no mundo do trabalho como um importante avanço na busca de qualidade e produtividade, a própria OMS (1997:33) reforça o facto manifestando a concordância ao expressar que “o desempenho profissional ser baseado em competências, permitirá uniformidade de cuidados e adequação de linguagem entre os profissionais”.

A profissão de enfermagem, enquanto ciência em permanente desenvolvimento e maturação, impõe a si mesma e aos seus profissionais dimensões diferenciadas de competências capazes de dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento de doentes, reflectidas através de experiências na prática, doente a doente, dia após dia, caso a caso. É nesta perspectiva que a enfermagem identifica que os problemas de saúde das pessoas tem vindo a assumir um cariz de tal modo complexo e diferenciado que é exigível aos profissionais competências mais específicas e complexas para darem respostas de maior complexidade e qualidade aos indivíduos, família, comunidade e pessoas significativas. Assim, cria as especialidades em cuidados de enfermagem, assumindo do mesmo modo e ao mesmo tempo, um papel crucial no garantir de prestação de cuidados.

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE (2009:5), a especificidade em enfermagem pretende a prestação de cuidados dirigidos ao indivíduo e sua família, no âmbito da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, de modo a reinserir o paciente no seio familiar e na comunidade. Cada área de especialização definida incorpora um conjunto de competências que caracterizam e permitem ter capacidade de resposta para as necessidades identificadas. Um dos cinco pressupostos definidos pela OE (2009: 6) que sustentam a individualização das especialidades refere que

“a prática clínica é a actividade nuclear do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem. O apoio assistencial ao longo do ciclo vital impõe competências gerais, mas também competências apropriadas a cada fase etária e respostas organizativas inovadoras”.

A doença renal crónica é um grande problema de saúde pública nos países mais desenvolvidos onde a incidência de doentes em diálise tem aumentado progressivamente nos últimos anos. O envelhecimento da população e o aumento da incidência de doenças como a diabetes e hipertensão são as principais causas deste problema. (ASHBY, 2007:1412)

O transplante renal é o tratamento preferencial para doentes insuficientes renais. Os doentes transplantados vivem mais tempo, têm a sua qualidade de vida melhorada e consomem menos recursos aos cuidados de saúde. A longevidade garantida pela opção transplante em relação à diálise tem sido largamente demonstrada, segundo vários autores, MEDIN (2000:701), RABBAT (2000:917) e WOLFE (1999:1725).

Indo ao encontro aos autores citados anteriormente e durante o percurso desenvolvido em ensinos clínicos, na prestação de cuidados a doentes que necessitam de um tratamento dialítico devido ao estadio terminal da doença renal crónica e na UTR onde permaneciam pacientes submetidos ao transplante renal e outros que eram internados por complicações inerentes à imunossupressão ou alterações da função renal pós transplante permitiu-nos constatar a importância do transplante renal para estes pacientes. O percurso desenvolvido foi seleccionado por nós, apostando numa formação, centrada na aquisição de competências.

O tempo de sobrevivência após transplante renal tende a diminuir com o aumento do tempo de diálise pré-transplante RABBAT (2000:917), mas os benefícios do transplante renal comparativamente à diálise mantêm-se, mesmo para tempos de espera superiores a 3 anos, independentemente da idade e da existência de comorbilidades (GILL, et al., 2005:2345). Estas são algumas das razões porque o transplante se tem tornado na primeira opção para uma grande maioria de insuficientes renais. Esta maior procura não foi, no entanto, acompanhado pelo necessário aumento no número de órgãos disponíveis para transplante.

A pertinência do trabalho deve-se a esta enorme discrepância entre o número de dadores e de candidatos a transplante, tal como a qualidade do órgão a ser transplantado. Cada vez mais a opção de utilizar dadores cadáver para transplante passou a ser uma forma de combater a crescente discrepância entre o n.º (número) de candidatos a transplante e o n.º de órgãos disponíveis.

Portugal a par com a Espanha lidera o ranking de dadores mundiais, no ano transacto existiram 31 dadores por milhão de habitantes. (GELBER, 2010:77) Fazendo parte da equipa multidisciplinar, os enfermeiros podem participar activamente na detecção precoce de um possível dador de órgãos, tal como na manutenção do mesmo até à colheita, aumentando o sucesso do transplante.

Para a realização deste relatório de estágio, foi utilizada como metodologia a descrição, a análise crítica e reflexão relativamente à prestação de cuidados de enfermagem, a todas as actividades que desenvolvemos, bem como os objectivos a que nos propusemos.

A elaboração deste relatório apresenta como **objectivo geral**:

- Desenvolver competências de Enfermagem Médico Cirúrgica que nos permitam intervir como peritos numa área específica de intervenção em Enfermagem Nefrológica na manutenção do dador de órgãos em morte cerebral no SUC

Mediante este pressuposto, foram definidos como **Objectivos Específicos**:

- Adquirir/aprofundar conhecimentos de enfermagem sobre doente IRCT e sua família em programas de HD e DP;
- Adquirir/aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados ao doente IRC submetido a transplante renal;
- Intervir como enfermeiro especialista de médico cirúrgica no cuidar da pessoa em morte cerebral para que o transplante renal seja concretizado;
- Intervir em relação aos meus pares na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao dador em morte cerebral;
- Reflectir sobre os cuidados de enfermagem na nossa prática diária.

Este relatório encontra-se organizado em 8 capítulos onde abordaremos os temas: Metodologia; Competências do Enfermeiro (Enf.º) Especialista em Médico-Cirúrgica; Patrícia Benner como teórica norteadora de aquisição de competências; Descrição e análise dos objectivos propostos e das actividades desenvolvidas; A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico no SUC à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba; Transplantação; A Problemática da transplantação renal; Considerações finais; Referências Bibliográficas.

A finalidade do trabalho é o transplante renal, para isso propusemo-nos a desenvolver competências através de um trabalho de campo, no que diz respeito aos EC e às visitas de estudo para aprofundar conhecimentos sobre o doente IRCT na HD, na DP e no transplante, terminando no SUC do HSM onde exercemos funções, prestando cuidados de enfermagem ao doente crítico, sabendo que a alguns destes doentes ser-lhes-á diagnosticada a morte cerebral e poderão ser dadores de órgãos. No decorrer destes ensinamentos clínicos utilizamos como quadro de referência a teórica Patrícia Benner, que maioritariamente permite enquadrar o estudante num nível de competência.

1. METODOLOGIA

O conhecimento adquire-se de muitas maneiras, conhecemos certos factos devido ao método científico de aquisição dos conhecimentos, sendo a experiência pessoal uma fonte de aquisição dos mesmos.

O nosso percurso profissional tem sido desenvolvido no SUC e na VMER do CHLN do HSM, onde temos contacto com o paciente IRC em qualquer estadio da sua doença. A escolha do primeiro e segundo local de estágio ajudaram-nos a aprofundar conhecimentos sobre o doente IRC e sua família, antes e depois do transplante. Saliento a importância de um estágio de curta duração, que nos propusemos realizar numa clínica de hemodiálise onde se “constroem” acessos, tendo contacto “in loco” das dificuldades que estes doentes têm de ultrapassar e da importância em manter aquele acesso funcionante. O terceiro EC foi realizado em contexto de trabalho no SUC.

No EC I e II desenvolvemos uma observação participante, que segundo ESTRELA (1994:31) “quando de algum modo, o observador participa na vida do grupo por ele estudado”, acrescentando ainda que “a observação ocasional tem constituído uma forma de observação bastante utilizada, tanto na investigação em geral, como na formação (...)” constituindo “ um processo extremamente válido de formação de observadores” (1994:38)

Para a realização deste relatório com estágio, foi utilizada como metodologia a descrição e reflexão sobre situações e cuidados prestados. Segundo FORTIN (1999:249) análise crítica “é um processo intelectual ligado ao pensamento crítico: permite partir do pensamento dos autores para examinar em profundidade, criticar e mesmo emitir um julgamento (...)” e uma posterior reflexão relativamente à prestação de cuidados de enfermagem, a todas as actividades que desenvolvemos, bem como os objectivos a que nos propusemos, para tal, recorreremos ao projecto elaborado no semestre passado no decorrer da Opção II, bem como a anotações recolhidas no decurso dos EC e em entrevistas informais/reflexões realizadas com os Enfermeiros Orientadores.

Foi efectuada uma revisão sistemática da literatura que teve por base a mais recente evidência científica, de forma a capacitar este trabalho de um cariz científico incontestável. As referências bibliográficas foram pesquisadas através da EBSCOhost disponibilizada pela OE utilizando as seguintes bases de dados: CINAHL ; MEDLINE; Cochrane Database of Systematic Reviews; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; MedicLatina; Academic Search Complete, com texto completo, com a seguinte orientação: kidney, transplant, donor, history, Ethic*, immunossuppression, nurs*. Foram realizadas variadas conjunções entre estas palavras-chave pesquisadas no *Abstract* ou no

texto (Fevereiro 2011), retrospectivamente até o ano de 1999, tendo sido utilizados 25 artigos para a realização deste trabalho. (Apêndice I)

Para elaboração deste relatório foram utilizadas as normas para a realização de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (GODINHO, 2006)

No início de cada EC foi elaborado um cronograma com as actividades que nos propusemos realizar (Anexo I), com vista a desenvolver competências inerentes ao grau de Enf.º Especialista em médico-cirúrgica.

As competências figuram no mundo do trabalho como um importante avanço na busca de qualidade e produtividade, a OMS (1997:33) reforça o facto manifestando a concordância ao expressar que o desempenho profissional deve ser baseado em competências, esse modelo tem como objectivo fundamental a uniformização de competências, tornando-as universais e transversais, permitindo assim o seu intercâmbio e mobilidade.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRURGICA

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE (2009:5), a especificidade da enfermagem requer a prestação de cuidados dirigidos ao indivíduo e sua família, no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, não esquecendo a reinserção na família e comunidade e a palição nos casos em que o tratamento médico pouco contributo acarreta para o bem-estar do indivíduo.

A competência não é estática é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo entre as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos.

É nesta perspectiva que a enfermagem identifica que os problemas de saúde das pessoas tem vindo a assumir um cariz de tal modo complexo e diferenciado que é exigível aos profissionais competências mais específicas e complexas para darem respostas de maior complexidade e qualidade aos indivíduos, família, comunidade e pessoas significativas. Assim, cria as especialidades em cuidados de enfermagem, assumindo do mesmo modo e ao mesmo tempo, um papel crucial no garantir de prestação de cuidados.

A OE (2009:6) tem como um dos pressupostos a individualização de cada área de especialização, agregando um conjunto de competências, referindo que:

“a prática clínica é a actividade nuclear do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem. O apoio assistencial ao longo do ciclo vital impõe competências gerais, mas também competências apropriadas a cada fase etária e respostas organizativas inovadoras”.

Corroborando com COLLIÉRE (1999:288)

“o campo das competências da enfermagem é vasto e baseia-se essencialmente nos cuidados de manutenção da vida. Estes cuidados não se sustentam apenas em técnicas perfeitas, mas numa abordagem não parcelar do outro, uma vez que o Homem possui uma vida particular, caracterizada de projectos, desejos, prazeres, riscos e alegrias, fonte de dores, decepções, motivações, e de esperança”.

A complexidade do agir dos enfermeiros condu-los a processos de aprendizagem e formação contínua para que possam dar resposta às necessidades do indivíduo, família e pessoas significativas, como o é referido pela UNESCO (1976) “o enfermeiro educa-se (...) desenvolve as suas aptidões, conhecimentos, melhora as suas qualificações técnicas e profissionais...”. Sendo a formação e desenvolvimento profissional o eixo estruturante em resposta às necessidades sentidas pelo enfermeiro em “querer ser mais e mais” competente, corroborando Delors, et al. (1996) citado por MARGATO (2006:42),

“Não basta que cada um acumule no começo de vida uma determinada quantidade de conhecimentos de que possa abastecer-se indefinidamente, é necessário estar à altura de aproveitar e explorar, do começo ao fim da vida, todas as ocasiões de actualizar, aprofundar e enriquecer estes primeiros conhecimentos, e de se adaptar a um mundo em mudança”.

Os Enfermeiros criam, portanto, estratégias para a promoção da qualidade de desempenho no seu agir corroborando DIAS (2004:58) *“a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do **saber** (conhecimentos), do **saber-fazer** (atitudes e comportamentos) e do **saber-aprender** (evolução das situações e a actualização) ”.*

No Artigo 9º do Decreto-Lei nº 248/09, de 22 de Setembro da carreira de enfermagem são definidas as funções do Enf.º e do Enf.º Especialista. (ANEXO II)

Os Enfermeiros Especialistas, segundo a OE (2009:16) são *“...um profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”.* Nesta perspectiva, o Regulamento n.º 122/2011 considera os Enfermeiros. Especialistas, como:

“ o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

definindo quatro os domínios de competências comuns a qualquer especialidade: *“responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.* (ANEXO III)

Segundo o Regulamento n.º 124/2011 *“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”* e define assim as competências do Enf.º Especialista em enfermagem para a pessoa em situação crítica como aquele que:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (ANEXO IV)

Os Enfermeiros. Especialistas em médico-cirúrgica desenvolvem, assim, funções numa multiplicidade de contextos. Portanto estes profissionais possuem uma ampla área de actuação. Como tal são detentores de uma imensidão de competências que as articula e adapta segundo a praxis de trabalho, como se pode constatar nos próximos capítulos.

2.1 PATRICIA BENNER COMO TEÓRICA NORTEADORA PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para a concretização do relatório e realização dos ensinamentos clínicos escolhi como teórica norteadora, Patrícia Benner, por ser uma teórica actual, que dá ênfase à corrente humanista, holística e global e por apresentar uma melhor contextualização da teoria à prática.

Para BENNER (2005:21)

“o bom julgamento clínico requer que as Enfermeiras tenham uma visão centrada nos fins inerentes ao seu relacionamento com cada paciente. Isto requer o encontro com o doente enquanto pessoa (...) as suas potencialidades e vulnerabilidades (...)”.

Sendo uma teoria com base no modelo de aquisição de competências (Modelo de Dreyfus) esta preconiza a existência de 5 níveis de competência: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito.

Segundo BENNER (2005:54) “a enfermeira perita tem enorme experiência, compreende de forma intuitiva cada situação e apreende directamente o problema” e “é com a experiência e o domínio, que a competência se transforma levando a uma melhoria das actuações”.

No decorrer dos ensinamentos clínicos que realizei e após alguma análise e reflexão identifiquei-me em estadios diferentes indo ao encontro do pensamento de Patrícia Benner, sentindo que em serviços diferentes nós não temos o mesmo nível de desempenho ou competência.

Após o estudo efectuado por Benner, foram identificados sete domínios e trinta e uma competências para o Enf.º prestar cuidados de excelência. (ANEXO V)

Como futuro Enf.º Especialista pretendo desenvolver competências como Perito e para tal tenho como objectivo aprofundar os seguintes domínios de forma holística e global:

- ↳ Função de Ajuda;
- ↳ Função de educação e de guia;
- ↳ O diagnóstico e a vigilância;
- ↳ Gestão eficaz de situações de evolução rápida;
- ↳ Administrar e vigiar os protocolos terapêuticos;
- ↳ Vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados;
- ↳ Capacidade de organização e distribuição de tarefas.

Os EC realizados foram assentes nestes domínios de Patrícia Benner para aquisição de competências.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS E DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo será descrito e analisado os objectivos propostos e as actividades desenvolvidas nos três EC que foram realizados.

3.1. ENSINO CLÍNICO I - HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL

Este EC foi dividido em dois períodos distintos, o primeiro durante seis semanas na sala de HD e o segundo de quatro semanas, na DP. Enfrentámos inúmeras dificuldades, pois nunca tínhamos tido oportunidade de prestar cuidados tão diferenciados ao doente/família a necessitar de tratamento dialítico.

- **Descrição e Análise do Objectivo:**

“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente IRC que necessite de HD e sua família de acordo com a EDTNA”

Inicialmente procurámos tomar conhecimento da dinâmica e metodologia para a prestação de cuidados ao doente/família, as normas e os protocolos instituídos utilizando a observação e as conversas informais com a orientadora.

No decorrer do EC fomos conseguindo debelar as lacunas que apresentávamos no manuseamento do monitor de HD, desde a montagem dos circuitos extra corporais à introdução dos parâmetros prescritos para a instituição do tratamento, que são necessários avaliar e registar na folha de diálise, esta evolução foi progressiva chegando a atingir autonomia, com a supervisão da orientadora. Sempre que nos deparávamos com alguma dúvida, questionávamos, de modo a não cometer erros e assumindo uma postura responsável.

A proveniência dos doentes que necessitam desta TSR é variada neste hospital, desde aqueles que estão ao abrigo do acordo com os PALOP, que realizam programas de diálise regulares, como a todos os doentes que estão internados e necessitem de manter o tratamento ou induzi-lo devido à sua situação clínica. Este facto, proporcionou-nos uma vasta experiência a nível dos cuidados que eram necessários prestar atendendo às várias

culturas fomentando uma discussão frequente com a orientadora sobre a indicação do tratamento e avaliação do desempenho de diálise, tendo em conta o tipo de acesso, a depuração iónica e hídrica esperada e a prevenção de infecções adequadas aos cuidados de enfermagem prestados. Na avaliação dos acessos venosos sentimos menos dificuldade, para isso temos de salientar um estágio de curta duração que foi desenvolvido numa clínica de HD onde se “construíam” acessos.

No decorrer do EC foi feita consulta dos processos dos doentes, analisando e discutindo valores laboratoriais antes e depois das sessões de HD com a orientadora

Colaboramos e participamos em actividades que surgiram como novas, tais como a realização da TSR através de Osmose Inversa e a HDFVVC que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de novas competências.

As alterações hemodinâmicas são uma constante nos doentes que realizam HD. Durante uma das sessões de diálise um doente desencadeia um período de taquicardia, apesar de não ser nenhum dos doentes que estivessem à responsabilidade da minha orientadora, procurei uma nova experiência com a sua permissão. O doente estava pálido, suado e apresentava os olhos fechados, abordei-o, questionando se estava bem-disposto, este com uma voz trémula disse-me que não acenando ligeiramente com a cabeça. Alertei de imediato o médico de serviço, ao mesmo tempo identifiquei o ritmo cardíaco em que o doente se encontrava, senti alguma indefinição da parte do médico, propondo-lhe medidas não farmacológicas para tentar reverter esta situação que não surtiram efeito. Após discussão da situação clínica do doente propus de seguida uma opção terapêutica que também foi discutida entre o médico de serviço e a equipa de cardiologia de urgência, optando-se pela opção farmacológica que tinha sugerido. Tentei durante estas técnicas e opções terapêuticas transmitir segurança e conhecimentos junto do doente antecipando sempre o que este poderia sentir e que estávamos ali junto dele. No final deste episódio o doente agradeceu todo o apoio e a Enfermeira (Enf.^a) Orientadora elogiou o meu desempenho, salientando a assertividade, a relação com o doente e a segurança demonstrada perante uma situação crítica. A avaliação hemodinâmica do doente foi deveras mais facilitada devido às competências adquiridas no meu percurso profissional, atingindo um elevado desempenho.

No decorrer do EC verificamos através da observação, que os enfermeiros poderiam melhorar na monitorização cardíaca, então, propus à enfermeira orientadora este tema para uma formação aos pares, mas esta foi mais além e sugeriu que nesse contexto fosse feita uma apresentação das novas guidelines sobre o SAV na PCR. Após conversa com os pares e com a Enf.^a Chefe decide-se que se realizariam duas formações sobre as novas guidelines perante a PCR, salientando a importância da monitorização e como a equipa se deverá articular perante esta situação (ANEXO VI e VII). Após a sessão teórica, foi criado um “Role

Playing”¹ na sala de hemodiálise com o manequim sentado num cadeirão com o monitor de hemodiálise a seu lado e com o carro de emergência. Esta técnica foi bem aceite e elogiada pelo grupo.

Este trabalho culminou com a elaboração de um poster para as salas de hemodiálise sobre algoritmo de PCR e na elaboração de normas de procedimento que integraram o manual de boas práticas do serviço. (ANEXO VIII). Assistiram à formação um total de 29 enfermeiros dos 56 que fazem parte do serviço. Foi criado um CD com bibliografia do concelho europeu de reanimação sobre SAV entregue a todos os enfermeiros através da Enf.^a Chefe. A Enf.^a responsável pela formação solicitou que no decorrer do ano de 2011 se repetisse a formação para aqueles enfermeiros que não participaram e que manifestaram interesse, o que acedemos de imediato ficando de fazer essa apresentação mesmo sem ser em contexto escolar.

A capacidade de comunicação foi facilitadora no processo de aprendizagem, pois conseguimos estabelecer uma boa integração no grupo, destacando a relação com o doente/família criando um clima de confiança, sendo mais fácil identificar os problemas e desenvolver as acções de enfermagem adequadas de forma a conduzir o doente/família a uma maior autonomia.

Durante o EC foi realizada uma breve descrição de incidentes críticos que ajudaram a avaliar a qualidade dos cuidados, reflectir sobre as praticas e a autoavaliar-me, permitindo-nos ter a noção das limitações. (ANEXO IX)

- **Descrição e Análise do Objectivo:**

“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente IRC que necessite de DP e sua família de acordo com a EDTNA.”

Esta unidade de saúde presta cuidados diferenciados a 56 doentes IRCT em programa de DP, destes, 36 realizam DPA e 20 DPCA. Segundo LI (2010:427) “as principais complicações da DP são as infecções do orifício, do túnel e as peritonites” como foi constatado no EC.

¹ Modelo de ensino que ajuda os formandos a compreenderem, organizarem e sistematizarem informação aperfeiçoando as suas próprias capacidades.

Foi através da observação, do guia de orientação para o doente em DP recentemente elaborado pela equipa de enfermagem da DP e da pesquisa bibliográfica que foram adquiridos e aprofundados os conhecimentos teórico práticos.

A equipa de enfermagem tem um papel fundamental na qualidade de vida destes doentes/família, pois o ensino é sem qualquer dúvida a chave do sucesso desta TSR, que está assente no auto-cuidado do doente/família.

O nível de conhecimentos que foram atingidos e a capacidade de comunicação que foi estabelecida com os elementos da equipa multidisciplinar e com o Enf.^o Orientador permitiu discutir de uma forma descontraída os princípios da diálise peritoneal e os conceitos de osmose, difusão e convecção, tal como as diferenças entre os tipos de DP (DPCA e DPA) e compreender a escolha efectuada para cada doente, argumentando sobre a escolha dos solutos de infusão, em relação aos conhecimentos sobre terapêutica para a resolução de complicações evidenciamos dificuldades.

Na consulta de enfermagem observa-se todos os passos efectuados no procedimento de uma passagem manual e corrige-se os possíveis lapsos que possam colocar em risco o aparecimento de infecções. Faz-se a avaliação e registo de parâmetros vitais, peso, glicemia capilar, a colheita de sangue para rotinas, realizam-se o penso do orifício do cateter Tenckoff e são avaliados os sinais de infecção do túnel. São analisadas a presença de dor durante o tratamento, edemas, características e volume do dialisado. Durante a realização de uma consulta de enfermagem detectei uma hipoglicémia ao Senhor (Sr.) Z, após alguns minutos em que estivemos a falar estabeleci um clima de confiança o que levou ao doente “desabafar” comigo sobre o seu problema de alimentação, pois não tinha dinheiro e não comia há 3 dias, apenas se mantinha com os açúcares e nutrientes que lhe eram administrados através dos solutos da DPCA. Alertei o Enf.^o Carlos para este facto, tendo-se reunido de emergência com a Enf.^a Chefe, com a médica responsável da DP e com o director clínico da nefrologia para serem tomadas medidas adequadas ao problema. O doente solicitou que não fosse divulgado que o governo do seu país de origem (PALOP) não lhes dava qualquer subsidio de sobrevivência (200€/mês) há 3 meses e que tinham deixado de pagar as refeições à pensão onde habitavam, tendo esta deixado de fornecer qualquer tipo de alimentação, com o risco de ser repatriado imediatamente, culminando com a sua morte, pois não tinha acesso a realizar qualquer TSR. Decidiram que enquanto esta situação se mantivesse cediam dois reforços alimentares diariamente, que contêm: pão com fiambre ou queijo, um pacote de leite e uma peça de fruta. Esta situação perturbou-me e levou-me a reflectir sobre esta problemática ficando com uma questão em aberto “se estes acordos com os PALOP são políticas de saúde adequadas?”.

Uma das actividades realizadas na DP é o ensino ao doente/família que se inicia no programa de diálise peritoneal, é ensinado o procedimento correcto da técnica manual e

posteriormente com cicladora. Este ensino foca-se no identificar precocemente os sinais e sintomas de peritonite e a resolver alguns problemas que possam surgir durante o tratamento manual ou com cicladora, a execução do penso do orifício e quando necessário para a administração de terapêutica intra-peritoneal ou subcutânea. Tivemos a oportunidade de prestar todos estes cuidados a vários doentes com a supervisão do Enf.º Carlos sentindo que os conseguimos prestar autonomamente e com qualidade, com excepção dos ensinamentos sobre a cicladora onde ainda demonstrávamos alguma insegurança.

Fui constatando que cada doente/família é único e que existem várias barreiras à aprendizagem, como a idade, motivação e problemas psicológicos associados com uma doença crónica. Ao contrário do que pensava o grau académico não está relacionado com a rapidez de aprendizagem.

Mostramos interesse em participar num teste de equilíbrio peritoneal, tendo o Enf.º Orientador programado a realização deste para um dia que estivéssemos presentes. Foram avaliados os resultados obtidos e discutidos com o Enf.º Carlos aplicando-os à prática.

Os utentes com IRCT são encaminhados pelo nefrologista para a consulta de substituição da função renal que é realizada por Enfermeiros, de forma a esclarecer o doente e família dos diferentes tratamentos e das vantagens e desvantagens de cada técnica de modo a poderem optar de forma esclarecida, também é feita uma referência ao transplante renal. No decorrer das consultas sentimos que as pessoas estão numa situação de fragilidade imensa e que facilmente seriam influenciadas, pelo que, tentamos manter uma postura neutra. Existiu uma questão que foi comum às quatro consultas em que participei activamente “qual é a sua opinião?” o que encaminhei para um momento de introspecção e decisão familiar, mostrando disponibilidade para qualquer esclarecimento através do telefone de serviço.

Ao longo do EC, foi reunida bibliografia relacionada com a DP, o que permitiu organizar em colaboração com o Enf.º Orientador um dossier de consulta que foi atribuído o título de “DP Guidelines e Artigos”, sendo organizado segundo várias temáticas: Considerações Gerais; Infecções em DP; Cateter Tenckoff; Treino do doente em DP; Terapêutica Intra peritoneal; “Links”. Aquando da apresentação deste instrumento de consulta aos elementos da equipa enfermagem e à médica responsável da DP estes elogiaram a iniciativa e comprometeram-se a mantê-lo actualizado.

Gostávamos de fazer uma referência à qualidade de cuidados de enfermagem prestados que permitem que a incidência de doentes com peritonites, seja de 0,33% por ano, abaixo das guidelines internacionais cujo valor é de 0,5%. (LI, 2010:394)

- **Descrição e Análise do Objectivo:**

“Compreender a problemática do doente IRC em tratamento de HD em relação às suas restrições alimentares e hídricas.”

No decorrer do EC sentimos a necessidade de alterar este objectivo, redefinindo-o: *“Compreender a problemática do doente IRC em tratamento dialítico em relação às suas restrições alimentares e hídricas.”*, de modo a incluir o doente em DP.

A pesquisa bibliográfica e o trabalho desenvolvido no decorrer do curso sobre as estratégias adaptativas do IRC perante alterações alimentares e de restrição hídrica no adulto em tratamento dialítico ajudaram a compreender esta problemática, tendo fornecido conhecimentos e estratégias para ajudar o doente/família a minimizar esta dificuldade.

A grande diferença entre o doente em programa de HD e DP consiste em que a maior parte dos doentes em HD ao final dos seis meses deixaram de urinar, enquanto que os outros mantêm a diurese o que lhes permite não ter de fazer uma restrição hídrica severa.

Os Enfermeiros de Nefrologia fazem parte do dia-a-dia do doente IRCT, como constatámos durante o EC, e têm competências e responsabilidade de explicar a importância das alterações alimentares para a sua vida, identificar a forma como se adaptam às restrições alimentares e hídricas e como a família pode ser envolvida no processo de mudança dos hábitos alimentares. Para isso utilizámos uma estratégia de identificar quais os alimentos que foram consumidos a cada uma das refeições durante as últimas 24 h. (horas) e quais as estratégias utilizadas quer na selecção, preparação e confecção dos alimentos, procurando saber se a família estava envolvida na mudança dos hábitos alimentares. Esta estratégia serviu para identificar comportamentos inadequados e ajudava a adequar algumas estratégias e comportamentos de modo a optimizar a saúde de cada beneficiário, encorajando o doente a ser independente e assumir a responsabilidade das suas opções.

Proporcionámos oportunidades para que o doente colocasse questões sobre esta problemática e algumas não soubemos responder de imediato, pois fomos questionados sobre vários alimentos que desconhecíamos as suas implicações, mas procurámos de imediato numas tabelas que tinham sido fornecidas por um laboratório e direccionámos para pesquisarem na página da Web da APIR, mostrando-lhes como poderiam fazer através do computador do serviço. O doente agradeceu a nossa disponibilidade e as sugestões propostas e o Enf.º Orientador elogiou a forma como gerimos os cuidados e verbalizou que nunca se tinha lembrado disso.

De acordo com BENNER (2005:46) na Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal

onde desenvolvemos as competências com o doente que requer tratamento dialítico, consideramos que estamos equiparados ao Enf.^o **iniciado-avançado**, pois conseguimos identificar os factores significativos em situação real tendo como ponto de partida experiências vividas anteriormente ajustando os critérios certos à pessoa na situação concreta. No decorrer dos turnos fazíamos uma leitura parcelar do meio em que os cuidados se desenvolviam, escapando-nos alguns pormenores. Sentia que estávamos muito focado nos doentes que nos eram “atribuídos” e que era difícil estabelecer prioridades, de uma forma global, para todos os doentes que se encontravam na sala de diálise.

A avaliação realizada pela Enf.^a Orientadora Eunice Rosendo poderá ser consultada no ANEXO X.

Sugestões

No final do EC e após alguma reflexão sobre os cuidados de enfermagem propusemos à Enf.^a Orientadora e à Enf.^a Chefe:

- que repensassem nas estratégias a adoptar para manter a privacidade dos doentes na sala de HD, principalmente quando existe a necessidade de expor o doente;
- a alteração dos alimentos que constituem as refeições fornecidas aos doentes, pois duas “carcaças” é um exagero tendo em conta o teor de fósforo que estas contêm;
- a implementação da visita domiciliária ao doente IRC em DP com o objectivo de conhecer o seu contexto familiar e as condições de habitabilidade de modo a adequar os cuidados.

Ao terminar o EC e após várias conversas informais com doente/família sobre as suas expectativas futuras, saímos convictos que a maioria dos doentes IRCT em tratamento dialítico aguardam um contacto telefónico a qualquer hora do dia para ser transplantado.

3.2. ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL

Este EC decorreu entre 15/11 a 19/12 de 2010 numa UTR com grande historial na transplantação renal. O primeiro contacto revelou-se uma experiência agradável pela relação cordial estabelecida com os enfermeiros, pela sua disponibilidade e amabilidade com que me acolheram. Tive oportunidade de em reunião com a Enf.^a Chefe e a minha Orientadora, conversar sobre os objectivos que definimos para o estágio, com vista à sua

exequibilidade. Foi neste momento que tomei conhecimento da casuística do serviço, e esta não ultrapassava os 14 transplantes por ano o que fomentou alguma preocupação.

- **Descrição e Análise do Objectivo:**

“Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente IRC submetido a transplante renal no perioperatório e sua família”

Foi com grande satisfação que quando realizávamos a visita guiada ao serviço para conhecimento da estrutura orgânico/funcional do mesmo que recebemos a informação que estava para chegar um doente para transplante renal. Após esta informação redefinimos, com a orientadora, os dias que iríamos estar em estágio de modo a aproveitar ao máximo o momento de aprendizagem.

Quando terminávamos a consulta das normas e protocolos do serviço fomos informados da chegada do Sr. A, vindo da Madeira, participámos com a Enf.^a Orientadora no acolhimento, este estava sozinho, contente, muito afável, mas ia dizendo “sabe já tenho experiência disto, é o 2º transplante, espero que corra melhor que o 1º...”. Após a anamnese constatámos que o doente nas duas oportunidades de transplante não esperou mais do que 15 meses o que estava francamente abaixo do tempo médio, 51,56 meses, segundo ALBUQUERQUE (2010:100). Senti que a equipa multidisciplinar se articulava de modo a agilizar ao máximo os procedimentos que o doente tinha de efectuar, quando surgiu uma indecisão sobre os tubos, quais teriam de enviar à lusotranplante, nós também não sabíamos, mas este momento direccionou-nos de imediato para a realização de um guia para o acolhimento destes doentes, o que propusemos no final do turno. (ANEXO XI)

Sabendo que a família ou uma pessoa significativa é importante para o doente IRCT no decorrer deste processo fomos junto do doente tentar perceber os motivos da ausência de familiares, pareceu-nos que existia envolvimento familiar da forma como o doente se referia a eles e como justificava a ausência dos mesmos referindo que também estavam muito preocupados.

A hipótese do 2º transplante foi uma novidade para nós, pesquisámos bibliografia e discutindo com a orientadora as diferenças em relação ao doente submetido ao 1º transplante, concluímos que a sobrevida do enxerto e do doente diminui consoante o nº de transplantes que este tiver necessidade de efectuar. (CTS, 2010)

Ainda estávamos no estágio na primeira semana e chegava outro doente para transplante, o que enriqueceu a nossa aprendizagem, acima de tudo, porque a evolução dos

doentes foi completamente diferente, um decorreu sem incidentes relevantes e o que efectuara o 2º transplante fez uma rejeição aguda. Estes acontecimentos permitiram-nos gerir e interpretar diferentes factores carecendo de cuidados de enfermagem individualizados ao doente/família. A avaliação, registo e interpretação de sinais vitais, peso, diurese horária, balanço hídrico, valores analíticos, terapêutica e as complicações ou possíveis complicações foram discutidos com a orientadora, de forma adequada e pertinente, onde conseguimos mobilizar conhecimentos e competências previamente adquiridas com um elevado nível de autonomia e responsabilidade.

Qualquer um dos doentes transplantados que tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem apresentava um nível cognitivo e um grau motivacional que permitiam o ensino para gerirem os seus medicamentos, tal como o registo da ingesta de líquidos e da diurese em folha própria, com a supervisão do Enf.º, implicando e responsabilizando o doente no seu tratamento.

Foi demonstrada capacidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar promovendo um bom ambiente, o que facilitou a integração.

A comunicação/relação eficaz é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem o que pensamos ter conseguido superar ao longo do EC, tanto com o doente/família como com os pares.

Já no final do EC prestámos cuidados individualizados ao Sr. R e sua família, transplantado acerca de 10 anos, foi internado por uma infecção respiratória com uma particularidade, que este doente tinha sido transferido do SUC do HSM, onde trabalhamos, e fomos o seu Enf.º de referência, não sei se foi este o motivo, mas este doente quando estávamos na UTR solicitava junto das auxiliares ou mesmo dos enfermeiros do serviço que pretendia falar especificamente com o Enf.º Fernando, o que levou a minha orientadora a verbalizar: “o melhor é deixarmos o serviço só para ele, assim quero mais alunos”

Observámos vários doentes com alterações tróficas da pele provocadas pela terapia imunossupressora, aproveitámos essa oportunidade para fazer ensino sobre a limitação à exposição solar, através de vestuário e de um protector solar adequado.

Nesta unidade desenvolvemos competências com o doente transplantado renal, desde o dia anterior ao da cirurgia até aqueles que tinham sido transplantados há duas décadas.

- **Descrição e Análise do Objectivo:**

“Desenvolver competências de melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados na área da prevenção da infecção ao doente imunossuprimido.”

A imunossupressão é crucial para o sucesso do transplante, mas por outro lado é facilitador para o aparecimento de infecções. Este grupo de fármacos era praticamente desconhecido por nós até ao início do curso, mas foi durante este EC que tivemos a oportunidade de fazer uma ligação entre a teoria e a prática.

No início deste EC utilizámos a observação e a entrevista com a orientadora e com a Enf.^a Chefe como metodologia para identificar os potenciais focus de infecção. Como estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados na prevenção da infecção ao doente imunossuprimido, começámos por ser rigorosos com: a lavagem e desinfeção das mãos, a colocação da máscara, manter a porta do quarto fechada e com a redução ao máximo do contacto com o doente. Estas medidas tiveram algum impacto na equipa, pois de uma forma natural começaram a praticar procedimentos que não o faziam anteriormente.

Num dos dias quando entrámos no quarto do Sr. N transplantado há 3 dias deparámo-nos com 4 adultos e 1 criança a correr no quarto e a pular por cima da cama. Após uma breve reflexão sobre o acontecimento decidimos aproveitá-lo para um momento de ensino/esclarecimento para aquela família e questionámos se tinham desinfectado as mãos, os familiares a olharem uns para os outros nada responderam, então distribuindo líquido desinfectante para as mãos dos mesmos demonstrámos como se fazia ao mesmo tempo que estes também o faziam. Este momento permitiu “quebrar o gelo” e de forma natural, envolvendo o doente/família na tomada de decisão, explicámos os riscos que o Sr N estava exposto com a visita de tantos familiares e de imediato estes dirigiram-se ao doente para o cumprimentarem, negando-o de imediato dizendo até à manhã, referindo que "o Enf.^o Fernando já me tinha dito que não devo cumprimentar as pessoas com beijos ou apertos de mão", o que me deixou muito orgulhoso, dando-nos a oportunidade de oferecer um reforço positivo. Este episódio foi discutido com a Enf.^a orientadora e mais tarde na passagem de ocorrências com os restantes elementos da equipa de enfermagem.

Elaborámos um folheto, com medidas simples que informa qualquer pessoa que necessite de entrar no quarto destes doentes como podem minimizar o risco de infecções, após discutir com a Enf.^a Chefe e com a orientadora e indo ao encontro das exigências da

instituição, que não permite a afixação nas paredes, este folheto foi plastificado permitindo a lavagem do mesmo e afixado com uma tira de nastro na placa de identificação do quarto. (ANEXO XII)

Identificámos a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados ao doente/família, verificando que os enfermeiros entravam e saíam várias vezes do quarto para se munirem de materiais para a prestação de cuidados e também sentimos essa necessidade, então após reflectir, apresentámos uma proposta à Enf.^a orientadora e à Enf.^a Chefe para a criação de uma caixa que continha alguns materiais necessários à prestação de cuidados para permanecer no interior do quarto, tendo sido aferido com os pares. (ANEXO XIII)

Durante o EC surgiu a oportunidade de identificar os sinais e sintomas de uma infecção, discutindo-os com a orientadora, tal como as medidas para a sua prevenção. Sempre que tivemos oportunidade informámos o doente/família sobre esta problemática, promovendo a responsabilidade do doente no seu processo de saúde/doença.

Sentimos que éramos detentores de mais competências do que no EC anterior e perante as mais variadas situações com que nos deparámos soubemos definir os atributos/exigências essenciais e acessórias para a resolução das mesmas, estabelecemos prioridades de uma forma racional, organizada e centrada em cada um dos pacientes.

Face à memória de situações anteriores usámos máximas² que partilhámos com os enfermeiros do serviço, comparando-as com situações vivenciadas no passado com as que ocorriam de momento no serviço.

No final do EC considero que atingimos o estadió de **competente**.

A avaliação realizada pela orientadora poderá ser consultada no ANEXO XIV.

Sugestões

- Quando se faz a apresentação da UTR ao doente/família, também deveria ser apresentado o bloco operatório e a UCI para reduzir os níveis de ansiedade;
- Aquisição de consumíveis/materiais de uso individual, como o creme hidratante e os copos de plástico.

3.3. ENSINO CLÍNICO III - SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL

Iniciámos funções no HSM em 1999 no SUC onde permaneci e desempenhei, desde 2005, funções de coordenador da equipa de enfermagem, acumulando experiência³, pelo que me foi concedido a realização do EC em contexto de trabalho. O SUC do CHLN presta cuidados médicos urgentes a cerca de 201 000 utentes por ano apoiando com as várias especialidades diferenciadas médicas ou cirúrgicas não existentes nos Hospitais Distritais da sua área de influência. “ *O objectivo deste Serviço é tratar e salvar doentes com patologia aguda com a qualidade profissional e técnica que um Hospital Central e Universitário deve disponibilizar, com dignidade e humanização e capacidade de resposta para os dramas humanos que por ele passam diariamente*” (CHLN, 2011) Estruturalmente possui 2 salas de reanimação (com capacidade para 3 doentes em situação emergente), 2 salas de tratamentos, sala de aerossóis, gabinetes médicos, pequena cirurgia, sala de ortopedia, bloco operatório e uma sala de observação com 16 unidades de internamento. Possui desde 2003 a triagem de Manchester e desde 2006 o sistema de registos em suporte informático (programa ALERT®) e PYXIS dispositivo de gestão de terapêutica, com acesso individualizado através de leitura biométrica.

As actuais instalações do SUC começaram a funcionar na sua totalidade em Março de 2002, com a incorporação do BO. Actualmente o SUC é constituído por três sectores, o Ambulatório, o Internamento e o BO. O Ambulatório é constituído pela Triagem, Gabinetes de Observação, Consulta de Urgência, Sala de Tratamentos I, II e III, Pequena Cirurgia, Ortopedia e Salas de Emergência I e II. O Sector de Internamento compreende a SO e o BO que é constituído por duas Salas de Cirurgia. De forma a alcançar os objectivos definidos, desempenhei funções sobretudo nas salas de emergência I e II.

Sendo o HSM uma instituição de referência no Serviço Nacional de Saúde, ocorreram no ano de 2010 ao SUC uma média diária de 578 doentes, de acordo com a Síntese de Indicadores do CHLN (2011), onde uma grande percentagem são sem dúvida doentes vítimas de trauma.

De acordo com os dados da AUTORIDADE NACIONAL SEGURANÇA RODOVIÁRIA (2011) referentes à sinistralidade, no ano 2010 registaram-se 747 vítimas mortais e 2579 feridos graves em acidentes de viação. Este valor é bem representativo do n.º de doentes vítimas de trauma grave que ocorrem aos serviços de urgência, não se encontrando declarado os restantes doentes que apresentaram traumatismos moderados ou ligeiros.

NUNES (2009:17) refere que “os doentes vítimas de trauma representam a terceira causa de morte nos países industrializados, sendo a primeira causa em indivíduos com

idade inferior a 44 anos.” mas segundo a ASST (2011) estes doentes apenas representam 26% dos dadores de órgãos, pois os restantes, 74% são de causa médica.

- **Descrição e Análise do Objectivo:**

“Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na admissão de doentes críticos e respectiva família.”

Com o objectivo de minimizar perdas de tempo na abordagem ao doente crítico torna-se fundamental que a sala de emergência se encontre sempre preparada com os recursos materiais indispensáveis (dispostos de forma ordenada e organizada, com conhecimento de todos os intervenientes) e equipamentos devidamente montados e testados.

No decurso do EC prestámos cuidados de enfermagem ao doente crítico, com o objectivo de avaliar as suas necessidades em termos de cuidados, estabelecendo prioridades de actuação, visando o despiste precoce de lesões que possam colocar o doente em risco de vida. De acordo com REANIMA e SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRAUMA (1998:8) “a eficácia no tratamento de doentes graves depende da capacidade da equipa seguir e cumprir os passos pré-determinados e protocolados para preservar os aspectos essenciais à sobrevivência do doente.” Segundo o AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (2008:5) e HOWARD (2010:80) a abordagem dos doentes críticos deve ser sistematizada, seguindo a mnemónica ABCDE: A - via aérea com estabilização cervical se a situação o exigir; B – Respiração; C – Circulação com controle da hemorragia; D - Disfunção neurológica; E – Exposição / Controle da hipotermia. Só se passará para o nível seguinte quando o anterior estiver resolvido, para isso, cada elemento da equipa multidisciplinar tem de saber desempenhar com grande rigor o seu papel, a fim de se evitarem perdas de tempo na detecção precoce de sinais e sintomas que possam implicar risco de vida para o doente. Numa segunda abordagem é necessário proceder a uma verificação mais pormenorizada seguindo o ABCDE, de acordo com o Código Deontológico do Enf.º, no seu Artigo 83º - Do direito ao cuidado “o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de: a) co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento.” (NUNES, 2005)

Uma sala de emergência pode ser caracterizada como um ambiente “hostil”, em que existe uma exposição contínua e intensa a estímulos dolorosos, procedimentos clínicos invasivos, luz contínua e ruídos. É um ambiente desconhecido e incerto que traz a ideia da

gravidade associada à perda, ao medo, à ansiedade. No atendimento ao doente crítico os ruídos mais frequentes são gerados através da actuação ou da interacção dos diversos actores do SUC em interacção com outros elementos do meio, como os alarmes, os bip's, as conversas cruzadas ou sussurros. Assim sendo, dentro da equipa multidisciplinar, consideramos que o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de intervir no sentido de reduzir o ruído e minorar o seu impacto no conforto do cliente, promovendo um ambiente terapêutico e seguro. (Regulamento 122/2011)

Torna-se assim premente que os cuidados de enfermagem visem sem dúvida o conforto no contexto ambiental, como defende KOLCABA (2003:57). À luz desta teórica actuei através de procedimentos simples como: reduzir a intensidade da luz, respeitar a noite para proporcionar um sono tranquilo, baixar o volume dos alarmes, antecipar as mudanças de seringas, soros, falar baixo, manter a porta fechada. Estes factores vão sem dúvida, contribuir para minimizar o desconforto provocado pelo ruído.

Num dos turnos da tarde que coordenava a equipa de enfermagem, recebemos um doente vítima de uma alteração súbita de consciência. O doente vinha transferido de um hospital distrital para avaliação neurológica e, devido à sua situação clínica, necessitava de uma via definitiva com suporte ventilatório. Aquando da sua admissão, foi-nos comunicado que o doente teria caído desamparado tendo sido socorrido no local pela equipa da VMER que, devido ao “score” de 7 na escala de Glasgow, entubou o doente orotraquealmente, para protecção da via aérea. Para procederem ao transporte do doente, este foi sedoanalgesiado com propofol e morfina. Após a realização dos cuidados inerentes à recepção e estabilização do doente (já descritos anteriormente), era fundamental proceder à avaliação e registo dos parâmetros hemodinâmicos, escalas: Glasgow e dor, pupilas, drenagens e restantes cuidados prestados ao doente. A escala de Glasgow avaliada apresentava um “score” de 3 (apesar de ter sido suspensa a sedoanalgesia), e ao efectuar a avaliação da simetria e reacção pupilar do doente, apercebi-me que este apresentava as pupilas midriáticas e não reactivas à luz (sinal de que possa existir lesão neurológica grave), pelo que o verbalizei de imediato alertando os restantes elementos da equipa multidisciplinar presentes. O médico não valorizou, referindo que as alterações eram devidas à analgesia. Contra-arguntei, referindo que os opiáceos provocariam miose e não midríase. O médico contactou então o neurologista para avaliação do doente, este após realização do exame neurológico, solicitou a realização de TC de crânio urgente, com o objectivo de identificar as lesões, pois após o exame neurológico realizado (e de acordo com a minha avaliação inicial), considerou que a situação clínica do doente era muito grave.

De acordo com a gravidade do doente decidi que o Enf.º que iria realizar o “acompanhamento” não seria o que estava escalado inicialmente como o de transferências,

mas o Enf.^o da sala de emergência adequando os recursos humanos à situação clínica da pessoa.

O neurologista, após interpretação da TC e dado a gravidade das lesões, chegou à conclusão que o doente seria um potencial dador, pois ainda não se podia iniciar o protocolo de morte cerebral devido ao doente ainda apresentar reflexo faríngeo e respiração espontânea.

Não posso deixar de referir, que promovi sempre que possível, o acompanhamento e visita dos familiares/pessoa significativa, visando diminuir a ansiedade causada, pelo internamento do familiar em situação de urgência/emergência, Por vezes fui abordado no sentido de permitir um apoio espiritual exterior de acordo com as crenças de cada um, o que acedi logo que possível.

Em 1859, Florence Nightingale dizia que “nunca se deve perder de vista para que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou factos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto”² e foi isto que tentei fazer, para isso, promovi a prestação de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades avaliadas, de forma a estabelecer um plano de cuidados individualizado, segundo LAZURE (1994:51) “respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único (...)” Prestei cuidados de higiene e conforto, de forma a avaliar as necessidades do doente, em termos de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão (estado de consciência, estado da pele, nutrição, mobilidade, humidade, forças de fricção e deslizamento), tendo feito uma intervenção adequada, face aos materiais existentes e condições do doente. Promovia uma vigilância hemodinâmica constante que permitia a detecção e despiste precoce de complicações, tais como: alterações respiratórias (vigilância do padrão e frequência respiratória do doente, saturação periférica de oxigénio; avaliação e registo dos parâmetros ventilatórios, interpretação de alarmes ventilatórios); presença de choque (hipovolémico, cardiogénico, distributivo, e obstrutivo); detecção, avaliação e controlo de perdas hemorrágicas (verificação de drenagens, pensos); avaliação e registo dos parâmetros hemodinâmicos; avaliação da dor de uma forma contínua, utilizando a Escala Visual Analógica; vigilância do estado neurológico (através do preenchimento da escala de coma de Glasgow e avaliação das pupilas) e respectiva interpretação dos valores laboratoriais, atendendo ao estado clínico do doente.

² “it must never be lost sight of what observation is for. It is not for the sake of piling up miscellaneous information or curious facts, but for the sake of saving life and increasing health and comfort” (Florence Nightingale, 1859, p.70)

- **Descrição e Análise do Objectivo:**

“Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com princípios científicos e protocolos de actuação, relacionados com o dador de órgão em morte cerebral “

Durante o período dos EC tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a 8 pessoas que foram dadores em morte cerebral. Desta amostra 5 cuja a causa de morte foi médica (62,5%) e 3 em que a causa foi traumática (37,5%), esta casuística aproxima-se da realidade portuguesa como poderemos constatar no 6º capítulo.

Após a observação e estabilização da pessoa em situação crítica pelos elementos da equipa multidisciplinar, torna-se indispensável a sua deslocação para realização de exames complementares de diagnóstico ou transferência para outra unidade que dê continuidade aos cuidados, pelo que, o Enf.º Especialista deve antecipar todas as necessidades do doente, gerindo os recursos humanos, materiais, tecnológicos e temporais para que este seja transportado em segurança, corroborando com COIMBRA (1995:35) que refere que o Enf.º Especialista necessita de conhecimentos sobre “(...) os direitos humanos, ética e legislação sobre a morte cerebral e doação de órgãos” e as “dimensões culturais, psicológicas e religiosas envolvidas neste processo não podem ser subestimadas.”

É nesta fase que após a realização de exames auxiliares de diagnóstico, que comprovem a gravidade das lesões, de acordo com a avaliação clínica, que se pode identificar um potencial dador de órgãos. Neste momento e após reflexões com os pares o Enf.º sente uma grande ambivalência se está a cuidar de uma pessoa morta ou viva, mas para mim eu estou sempre a cuidar de alguém com vida, pois os EC realizados anteriormente permitiram-me conhecer a realidade do IRCT, e os possíveis órgãos a colher, tal como a sua qualidade vão alterar certamente a vida de outras pessoas.

Para COIMBRA (1995:36) a família

“(...) é um elemento importante neste processo, mentir-lhe ou transmitir-lhe falsas esperanças não é solução, visto o Enf.º ter investido no doente e família enquanto vivo, e por isso, perceber a dinâmica, cultura e o seu contexto, é o profissional mais apto para envolver a família neste processo adequando a informação às necessidades da família, bem como apoiá-la emocionalmente, trabalhar o luto (...)”

No decorrer da minha aprendizagem, num turno da noite, em que coordenava a equipa de enfermagem, deparei-me com uma situação de uma senhora de 40 anos alegadamente vítima de agressão por enforcamento com graves lesões cerebrais provocadas pela anóxia. O marido esteve em manobras de suporte básico de vida durante 30 minutos, antes da chegada da equipa da VMER. Segundo INEM (2006) “os principais factores de lesão cerebral secundária podem se iniciar no local do sinistro”, como a hipotensão, hipoglicémia,

os distúrbios hidro-electrolíticos, hipoxia respiratória e anémica. A paciente não apresentava qualquer reflexo mas como permanecia com benzodiazepinas positivas na urina não se tinha iniciado o processo para certificar a morte cerebral. O estado hemodinâmico degradava-se rapidamente e como sabemos “Quando a auto-regulação cerebral fica comprometida, a circulação sanguínea cerebral torna-se dependente da pressão sanguínea sistémica” (HOWARD, 2010:282) e o chefe de equipa de cirurgia não pretendia tentar revertê-lo alegando que não era uma potencial dadora, pois teria de ir para autópsia médico-legal. Nesse momento expliquei-lhe que estava a desenvolver um trabalho sobre esta temática e que tinha a certeza que não era critério de exclusão, pois se fosse dadora, após a colheita iria realizar a autópsia médico-legal, acompanhada de um relatório do cirurgião que efectuasse a colheita, como estava previsto na legislação. Consegui influenciar a mudança de atitude, contribuindo com mais uma dadora.

Durante o EC tive a oportunidade de participar numa acção de formação promovida pelo Professor Rui Maio, como Coordenador Hospitalar de Doação do CHLN – HSM sobre o transplante renal foi ao encontro da alínea d) do Decreto Regulamentar n.º 67/2007 de 29 de Maio que refere que o coordenador deverá “garantir que os profissionais directamente envolvidos na transplantação de órgãos (...) tenham a qualificação adequada às suas funções e recebam atempadamente formação relevante (...)”. (ANEXO XV)

Para mim este tema é muito gratificante, mas deveras desgastante em termos emocionais, para fundamentar esta afirmação gostava de partilhar um episódio que vivenciei no decorrer do EC. Estava de serviço na VMER tendo sido activado para um individuo de 20 anos inconsciente que não respirava após acidente de moto, á nossa chegada estava em PCR, mas não evidenciava lesões externas, iniciámos SAV, de forma sistematizada, pois cada profissional era conhecedor do seu papel, durante este período a mãe, duas irmãs e a namorada, chegaram junto de nós, choravam e gritavam dizendo “ele estava tão contente, ia só comprar pão (...)” o ambiente era muito tenso, após 20 minutos recuperámos a função cardíaca, começámos de imediato a providenciar um transporte seguro, os familiares abordaram-me a questionar sobre o estado de saúde da vitima, disse-lhes a verdade, a situação era crítica. Apercebendo-me do estado emocional dos familiares e antecipando possíveis problemas durante a deslocação que estes iriam fazer de carro para o HSM, sugeri algumas medidas de segurança apelando ao seu bom senso e transmitindo-lhes confiança dizendo que o transporte do seu familiar iria ser lento e que este estava a ser “acompanhado” por uma equipa treinada nestas situações. Já no SUC e após algumas horas foi-lhe diagnosticada a morte cerebral. O médico pediu-me para chamar a mãe para lhe comunicarmos ali na sala de emergência, argumentei dizendo que não concordava e que essa informação devia ser fornecida aos familiares mais próximos que eu já tinha identificado anteriormente através de conversas com os familiares e num local apropriado

que temos disponível para o efeito, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo, descrito como uma competência do Enf.º Especialista no Regulamento n.º122/2011.

Quando a equipa estava em concordância é que foi comunicado à família no referido local a morte deste jovem e que iria para doação de órgãos, emocionalmente não foi fácil para a família mas certamente que também não o era para os profissionais de saúde. Algumas horas depois um grupo de amigos pretendia despedir-se do seu colega de escola, eram 14, traziam uma cartolina com mensagens que pretendiam afixar junto dele, a minha primeira reacção foi que não podiam entrar todos o amigo estava numa sala de emergência, mas de imediato percebi a importância daquele momento para os amigos e cedi ao seu pedido. Seguindo o pensamento KOLCABA (2003:8) que refere que a teoria do conforto é dotada de simplicidade, "(...) porque regressa aos cuidados básicos de enfermagem e à missão tradicional da Enfermagem.", que para Florence Nightingale era "(...) o controle do ambiente dos indivíduos e das famílias, tanto dos sadios quanto dos enfermos". (NIGHTINGALE, 2005:73)

Os amigos entraram e fixaram a cartolina numa das colunas da unidade (ANEXO XVI) do doente posicionaram-se em redor da cama e de forma espontânea abraçaram-se tendo ficado eu e outra colega entre eles, eles de forma organizada davam um passo em frente e leram a sua mensagem, as lágrimas deslizaram-me pela face e ao terminarem agradeceram e saíram. HESBEEN (1997:47) na sua obra sobre o cuidar no hospital referia, "quando se atinge os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, os enfermeiros têm sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa (...)" mesmo nas situações mais complexas.

Após a morte cerebral, faz-se todos os esforços para que os dadores sejam mantidos em condições cardiovasculares e respiratórias estáveis e com função renal normal. Após a sua transferência para o BO inicia-se a colheita de órgãos. No caso dos rins estes são removidos, lavados, refrigerados por perfusão e conservados em soluções especiais para a manutenção ou transporte, como pude observar no procedimento realizado no HSM. Os rins têm um tempo máximo de preservação de cerca de 30 horas O procedimento de transplante "é uma operação relativamente simples, levando cerca de duas horas." (EUROTRANSPLANT, 2011) O rim é transplantado retroperitonealmente na fossa ilíaca, fazendo-se as anastomoses vasculares com a artéria ilíaca e a veia cava, o ureter é anastomizado à bexiga. No final da cirurgia é preenchido pelo cirurgião um impresso a enviar à Lusotransplante, onde consta as horas do tempo cirúrgico e em especial a hora da clampagem da aorta, sendo após esta hora que é definido o tempo de isquémia fria. Segundo um estudo realizado por OPELZ (2010) entre 2000-2008, com 30.115 receptores adultos com idade inferior a 65 anos, com o dador <60 anos e, excluindo todos os dadores

de critérios estendidos concluiu que “a isquémia até às 18h. pode ser considerada ideal e que a sobrevida dos enxertos acima das 18h de isquémia foi estatisticamente significativa”. (ANEXO XVII) Assente neste pressuposto e consciente da importância do tempo de isquémia fria não ultrapassar as 18h, propusemos a implementação da “Via Verde Transplante” no SUC do CHLN, para o doente que venha usufruir do transplante (ANEXO XVIII)

No SUC do HSM não existiam normas de procedimentos de enfermagem para a manutenção do dador de órgãos, pelo que eu e a Enf^a Sofia Casal que estava a desenvolver um trabalho semelhante decidimos apresentar ao Enf.^o Chefe Carlos Neto um conjunto de normas sobre esta temática, este congratulou-nos pela nossa iniciativa, mas propôs-nos a elaboração de um manual de procedimentos de enfermagem sobre esta temática o que aceitámos de imediato. (ANEXO XIX) Foi realizada uma sessão de formação sobre “Intervenções de Enfermagem na Manutenção de Dadores de Órgãos” destinada a enfermeiros e médicos do SUC com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente como potencial dador no SUC. Este trabalho foi elogiado pelo Enf.^o Chefe do SUC Carlos Neto, a Enf.^a Supervisora Madalena Abranches e a Directora do SUC a Dra. Margarida Lucas. (ANEXO XX).

Auto-avaliando no EC, considero que neste ambiente decido e ajo a partir de uma situação de modo global, sem perder tempo, nem preocupar-me com considerações inúteis. Possuo conhecimentos que me permitem detectar precocemente alterações fisiológicas subtis emito opiniões clínicas ou giro situações complexas sendo reconhecido pelos membros da equipa multidisciplinar. No serviço de urgência desenrolam-se factos que nem sempre vão ao encontro da minha intuição, no entanto, quando isto acontece uso um espírito analítico para tentar encontrar uma justificação, por tudo isto, e de acordo com BENNER (2005:54), considero-me **perito**.

A avaliação do EC realizada pelo Enf.^o Orientador Carlos Neto poderá ser consultada no ANEXO XXI.

O Enf.^o no SUC é um dos elementos da equipa de transplantes, apesar de a decisão, a indicação e a execução de transplantes não serem competências de enfermagem, o seu papel não é menos importante pois o transplante de órgãos exige não só um conhecimento teórico-prático como também da cultura e religião das pessoas envolvidas de forma a adequar as suas intervenções para que todos sejam beneficiados.

4. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO NO SUC À LUZ DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

Este capítulo surge no intuito de explorar a problemática do conforto numa perspectiva de cuidados humanizados à pessoa em situação crítica. Segundo KOLCABA (2003:2), podemos dizer que a meta ou objectivo do cuidar será o conforto dos clientes, podendo ser considerado o último estágio de saúde. Estamos convictos que o conforto faz parte integrante dos cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo vital, desde o nascimento até aos cuidados de enfermagem em fim de vida, devendo o enfermeiro assumi-lo como expoente máximo do cuidar.

A palavra doença surge diariamente e é para qualquer pessoa sinónimo de desconforto do momento experienciado, uma vez que a pessoa tem de se confrontar com os seus limites, com a perda, levando a repensar os seus valores e ainda pela incapacidade de controlar o futuro. (APÓSTOLO et al., 2006).

De acordo com NEUMAN (2001:362) devemos afastar-nos do modelo tradicional de “doença” para uma visão que engloba “os cuidados ao doente na perspectiva da pessoa total”. LOPES (1999:45) acrescenta que sendo “a saúde entendida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada um, o enfermeiro deverá preconizar uma relação de parceria”. Esta deverá basear-se na aproximação e na compreensão do outro e em que “a enfermeira coloca ao dispor de cada pessoa os seus conhecimentos e acompanha-as nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher.” (LOPES, 1999:45)

O serviço de urgência vocacionado para a prática de cuidados específicos e diferenciados, a par dos constantes avanços tecnológicos, têm permitido aumentar a sobrevida, utilizando para isso todos os recursos disponíveis. Nesta linha de pensamento é interessante falar sobre um leque de meios e tempos de acção muito amplos que os profissionais de saúde têm à sua disposição e que muitas vezes são pouco reconhecidos num universo biomedicalizado, técnico-científico, onde os princípios de gestão pretendem estabelecer parâmetros para tudo, a fim de dominar melhor a actividade.

O processo de saúde de cada indivíduo e o seu conforto poderá ser posto à prova em ambientes hostis, onde os mecanismos de adaptação usuais poderão não dar as respostas mais adequadas. Este facto poderá ser observado no serviço de urgência uma vez que este pode ser caracterizado como um ambiente “hostil”, em que existe uma exposição contínua e intensa a estímulos dolorosos, luminosos, procedimentos invasivos, ruído, entre outros. É um ambiente desconhecido e incerto que agrava e potencia a ideia da gravidade associada à perda, ao medo, à ansiedade, que condiciona as condições do conforto proporcionadas

aos utentes, familiares/pessoas significativas e aos próprios profissionais da equipa transdisciplinar

Contrariamente à minha evidência prática, o enfermeiro pode e deve promover o conforto ao doente em todo o seu contexto físico, psico-espiritual, social e ambiental, não se restringindo exclusivamente aos aspectos físicos que envolvem o desconforto experimentado pelos doentes no serviço de urgência, contribuindo para a satisfação das suas necessidades, que Kolcaba identifica como Alívio, Tranquilidade e Transcendência, ao abordar estas palavras, estou perante uma teoria de médio alcance, de acordo com esta teórica e que me vai ajudar a sustentar a minha actuação e validar os meus princípios.

KOLCABA (2003:15), refere que o conforto apresenta três sentidos técnicos: a **tranquilidade**, que representa o estar tranquilo/satisfeito; o **alívio**, descrito como o estado de ter um desconforto aliviado e, **transcendência**, que é o estado no qual alguém se encontra acima dos problemas ou dor. A autora acrescenta ainda que destes três sentidos técnicos, surgem três classes de necessidades de conforto: **tranquilidade**, **alívio** e **transcendência**.

Ao explorar a literatura de enfermagem sobre o holismo, KOLCABA (2003:10) concluiu que as necessidades de conforto podem ser vivenciadas em quatro contextos: **físico** (que pertence às sensações do corpo), **psico-espiritual** (que pertence à consciencialização interna de si próprio), **ambiental** (na sua relação com o meio e as influências externas) e **sociocultural** (que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais).

O conforto, interpretado nos três sentidos técnicos e nos quatro contextos, é descrito como positivo, holístico, bi-dimensional, teoricamente definível e operacionável. (KOLCABA, 2003:9)

A operacionalização bi-dimensional do conforto holístico, é apresentada por Kolcaba através de um quadro composto por 12 células, inter-relacionadas, onde é apresentada a intensidade das necessidades satisfeitas e não satisfeitas relativamente aos três sentidos técnicos e os graus de necessidade internas ou externas, relativamente aos quatro contextos. (ANEXO XXII)

Tendo por base esta estrutura taxonómica, KOLCABA (2003:14) define **conforto** como "a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, no seu contexto (físico, psico-espiritual, social e ambiental).", ainda para a mesma autora proporcionar conforto ao doente é uma das funções mais importantes da Enfermagem devendo aquele ser encarado como um ser único numa situação particular carecendo de cuidados personalizados.

É neste sentido que considero o enfermeiro como elemento primordial na modificação do contexto ambiental dos doentes, pois além da posição privilegiada que detemos no seio da equipa transdisciplinar (passamos 24 horas junto dos doentes), a nossa actuação visa a

excelência dos cuidados de Enfermagem, tal como referido no Artigo 88º (Excelência do exercício), no Código Deontológico do Enfermeiro (NUNES, 2005).

Enquanto Coordenador de umas das cinco equipas de enfermagem no serviço de urgência, com os conhecimentos científicos que adquiri, sinto-me na obrigação de promover junto da equipa transdisciplinar, a adopção de medidas que, de forma transversal, contribuam para aumentar o conforto dos doentes no serviço de urgência e, sempre que possível, individualizá-los, não podendo com isso criar prejuízo aos outros doentes.

Estas medidas passam por actos simples e facilmente aplicáveis, para os quais fiquei mais sensibilizado, tais como: reduzir a intensidade da luz no período da noite, respeitando-a de modo a proporcionar um sono tranquilo, reduzir ou eliminar o som dos telemóveis de serviço ou pessoais, não colocar música alta ou com ritmo agitado, ter atenção ao fecho das portas, baixar o volume dos alarmes, antecipar as mudanças de seringas perfusoras e de soros, ter um discurso dirigido a cada elemento da equipa transdisciplinar, nomeadamente ao doente, utilizar um tom de voz mais baixo, evitar escrever os registos de enfermagem nos computadores junto da cabeceira dos doentes.

A mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde à luz desta teórica não é fácil, mas está certamente sobre a responsabilidade do Enf.º e dos seus pares a melhoria dos cuidados que os utentes/família possam vir a usufruir da transplantação.

5. TRANSPLANTAÇÃO

As tradições incluem as crenças baseadas nos costumes e nas tendências passadas, apesar que as tradições possam ter um certo valor enquanto fontes de conhecimento, podem ao mesmo tempo travá-lo, quando se baseiam em rituais. A tradição apesar de ser uma fonte de conhecimentos, deve ser avaliada de forma crítica à luz de outras fontes de dados.

O campo dos conhecimentos deve ser mais baseado na investigação do que na tradição, tendo por isso, achado pertinente fazer uma breve exposição da pesquisa efectuada desde o início do transplante até aos nossos dias.

A pesquisa documental é uma etapa essencial à exploração de um domínio, fornecendo-nos ocasião para verificar o estado dos conhecimentos nesse domínio, permitindo a largar o campo de conhecimentos e dar uma resposta mais adequada perante as várias culturas e religiões durante o EC.

5.1. HISTÓRIA DA TRANSPLANTAÇÃO

O Transplante é um fenómeno recente, nos últimos 40 anos tem existido grandes desenvolvimentos nesta área. Com a elaboração deste relatório pretendo destacar alguns dos principais eventos, pessoas e processos que têm contribuído para o transplante renal, grande parte desta história é uma história de barreiras e como a ciência as tem superado durante este século.

5.1.1. Primórdios

Século XIII - descrito como um milagre, realizou-se um transplante de um membro inferior, de um dador cadáver, por S. Cosmo e S. Damião, ambos médicos, hoje em dia os patronos dos cirurgiões, que curaram o Papa Félix IV do cancro que lhe consumia a perna. (SHELTON, 2001:2)

Século XVIII - John Hunter, fundador da cirurgia científica, forneceu valiosos contributos para a medicina moderna, salientando a importância do suporte sanguíneo no êxito da transplantação. (FOSTER, 2009)

1800 - Giuseppe Baronio conseguiu auto enxertos de pele viáveis em carneiros, sem que no entanto por esta altura se conhecesse qualquer dado da imuno-biologia da rejeição, que

ajudasse a compreender a razão pela qual os auto enxertos eram viáveis. (SHELTON, 2001:12)

Segunda metade século XIX - Mathieu Jaboulay e Alexis Carrel, os pais da cirurgia vascular aplicada à transplantação e à transfusão, foram fundamentais nos desenvolvimentos em cirurgia vascular, pois nunca seria possível transplantar órgãos dado que a sua viabilidade depende do suporte sanguíneo. (CENTRO DE HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL)

A transição do século XIX para o XX foi determinante para a transplantação, devido às vastas experiências que foram realizadas e que contribuíram para o sucesso actual no campo do transplante.

5.1.2. As Primeiras Experiências – Cronologia

1902 - Emerich Ullmann que é conhecido como o pioneiro na transplantação renal tentou transplantar uma doente IRC terminal com um rim de porco, sem sucesso, após várias experiências em cães e carneiros. (HOFFART, 2009:127)

1909 – Foram feitas tentativas de transplantes renais de animais para o homem (Xenotransplante). (MATEVOSSIAN, et al.,2009:1132)

- Um cirurgião transplanta rim de coelho numa criança, embora os resultados imediatos fossem excelentes a criança morreu cerca de duas semanas mais tarde.
- Após o transplante, o receptor produziu urina, que durou apenas cerca de uma hora antes de deixar de funcionar.
- Os cientistas da época acreditavam que eram possíveis os transplantes de rim, mas seu sucesso implicava superarem algo ainda desconhecido as "barreiras bioquímicas"

1933 - O primeiro transplante renal de homem para homem (homotransplante), foi realizado por Yurii Voronoy (MATEVOSSIAN, et al., 2009:1133)

1945 - Início da Hemodiálise e Diálise Peritoneal bem sucedidas (SARAIVA, 2010)

1954 - Joeseeph E. Murray e seus colegas no Peter Bent Brigham Hospital em Boston realizou o primeiro transplante renal de um gémeo para outro, sem imunossupressão. (HOFFART, 2009:128)

- Os cientistas previram que as reacções do sistema imunológico devem ser mínimas entre gémeos homozigóticos (porque os seus órgãos não se distinguem uns dos outros no sistema imunológico).

- Mais transplantes de rim entre gêmeos homozigóticos foram realizados com sucesso, e alguns desses receptores de rins ainda estavam vivos após 5 anos.

Década 50 - Os poucos hospitais que realizavam transplantes utilizavam enfermeiras particulares para cuidar de pacientes transplantados, que eram imunossuprimidos através da irradiação. (HOFFART, 2009:129)

- A enfermeira desempenhava um papel de relevo na equipa, seguindo as orientações do cirurgião Dossetor: Manter um “ambiente asséptico” no quarto do doente (profissionais e familiares); avaliar parâmetros vitais; avaliar e registar o balanço hídrico rigoroso, realização de pensos; administração de analgésicos, promover movimentos respiratórios e posturais; entubação nasogastrica; cateterização vesical; punção dois acessos venosos. (HOFFART, 2009:129)

1960 – Criaram 5 quartos de isolamento, no Hospital de Richmond, para procedimentos de enfermagem. (HOFFART, 2009:130)

1961 - Imunossupressores ficam disponíveis ajudando a diminuir a possibilidade de rejeição do rim

1962 - Dr. Thomas E. Starzl estabeleceu um programa de transplante, realizando 83 transplantes renais em 75 pacientes, entre Novembro 1962 e Março de 1964. A 1 de Junho de 1964 tinham morrido 33 pacientes. (HOFFART, 2009:131)

1963 – Em Edimburgo, possuíam um quarto de isolamento com casa de banho, em que se comunicava com o doente por um sistema de som, protegido por um vidro. Começaram a dispor de monitores electrónicos para avaliação dos parâmetros vitais. (HOFFART, 2009:132)

1965 – Abandonaram a irradiação como imunossupressão, extinguindo-se os quartos “estéreis” (HOFFART, 2009:134)

Início década 60 – Foi criada a especialidade de Enfermagem em transplantação.

Entre 1965 e 1970 - “Soon Shebelski, Topor, e outros enfermeiros começaram a compartilhar seus conhecimentos de transplante, publicando artigos e capítulos de livros, e apresentando comunicações em conferências profissionais”. (HOFFART, 2009:134)

Década 60 e início da 70 – Avanços em hemodiálise, incluindo o desenvolvimento do shunt arterio-venoso externo. A abertura regional de centros de diálise permitiu aos pacientes serem mantidos em diálise enquanto aguardavam um transplante ou retorno à diálise, após o transplante. (HOFFART, 2009:135).

Década 80 e 90 – Novas técnicas, novos medicamentos e novas informações acerca dos pacientes têm ajudado a melhorar a eficácia do transplante renal, como podemos constatar nos capítulos seguintes.

5.1.3. A imunossupressão na história da transplantação

O conhecimento dos antígenos de histocompatibilidade, a possibilidade de se estudar e se saber se um doente tinha anticorpos contra os antígenos presentes no dador, podia melhorar a escolha do par dador receptor mas não melhorava significativamente os resultados da transplantação.

A transplantação será sempre um acto “contra natura” e como tal só é possível se for mantida uma imunossupressão eficaz sobre o Sistema Imunitário.

Em 1943, Peter Medawar, demonstrou que a rejeição de um segundo enxerto de pele no mesmo animal era mais rápida do que um primeiro enxerto, demonstrando que o Sistema Imunitário tinha um papel importante na rejeição, mas mais do que isso, eram as células que mediavam a rejeição imediata do enxerto. (CONWAY, 2006:192)

Através da experimentação animal já se conhecia o papel do Sistema Imunitário na rejeição e já se reconhecia o papel das células neste fenómeno, sendo estas os próximos alvos da imunomodulação.

Em 1958, foi utilizada a irradiação total do corpo seguida de transplantação de medula, como imunossupressora, após a realização de um transplante renal a uma jovem que faleceu por hemorragia devido à trombocitopenia secundária à aplasia medular. (HOFFART, 2009:129)

A azatioprina foi o primeiro fármaco a ser utilizado como imunossupressor, tendo sido colocado de parte rapidamente devido aos efeitos nefastos que provocava, dando lugar aos corticosteróides que começaram a ser utilizados na modulação da resposta imunitária. Estes potentes anti-inflamatórios podem ser utilizados desde as doenças auto imunitárias até às alérgicas, e, claro está, na manipulação dos fenómenos inflamatórios envolvidos na rejeição. (CENTRO HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL)

Nos anos 60, através da imunização de animais com as células T humanas e com a obtenção de soros heterólogos³ foram capazes de matar as células T do animal.

Em 1970, na Noruega, foram colhidas amostras de solo, colocadas em cultura com o intuito de obter novos antibióticos e os microrganismos. Uma das espécies identificadas, o *Tolypocladium inflatum*, produzindo polipéptidos cíclicos que vieram a ser chamados de ciclosporina, que embora tivesse pouco poder antifúngico, mostrou que tinha a capacidade de inibir selectivamente a proliferação de linfócitos *in vitro*. (CENTRO HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL)

³ é um soro obtido por imunização de um animal de uma espécie diferente.

Em 1976 foi realizado um transplante a uma doente sensibilizada com recurso a um soro anti-linfocitário, conduzindo-nos a uma fase em que a citotoxicidade secundária à administração de soros heterólogos induzia a resposta a aloantígenos.

Até esta altura, em termos de transplantação, existiam três armas imunossupressoras, sem capacidade para prolongar de forma decisiva a sobrevivência dos órgãos transplantados, os soros heterólogos anti linfocitários, os corticósteroides e a azatioprina. No que hoje é chamado de "Era Pré-histórica" por muitos profissionais de transplante, a primeira geração dessas drogas assaltaram o sistema imunitário na sua totalidade provocando a morte do beneficiário. (SIEGAL, 1995)

Com a evolução da investigação rapidamente se compreendeu que a ciclosporina tinha um efeito imunossupressor específico mais potente comparativamente a outras drogas. A taxa de mortalidade caiu dramaticamente e as taxas de sobrevida do enxerto renal aumentou exponencialmente com a introdução da segunda geração de drogas imunossupressoras. (SIEGAL, 1995)

Depois da ciclosporina outras drogas imunossupressoras têm vindo a ser descritas com diferentes mecanismos de acção e que vieram alargar a sobrevida dos órgãos transplantados, estamos a falar de drogas, utilizadas actualmente, como o Tacrolimus, o Sirolimus, ou o Micofenolato Mofetil.

Tacrolimus, desenvolvido em 1990, tem sido aplicado como um agente imunossupressor para o transplante de fígado, coração e rim e é conhecido por ter efeitos imunossupressores mais potentes do que a ciclosporina, mas segundo FUKUHARA et al. (2005:157) que comparou a taxa de sobrevida dos pacientes e a do enxerto medicados com Tacrolimus ou com a Ciclosporina e concluíram que não houve diferenças significativas entre os dois grupos.

Ao longo dos anos, a terapia com fármacos imunossupressores tem sido aperfeiçoada estando disponível para os pacientes transplantados renais, e muitos milhares deles têm agora um transplante em funcionamento. Com o sucesso, surgiu um problema, a perda do órgão transplantado por falta de adesão terapêutica. (SIEGAL, 1995)

Portugal tem utilizado a imunossupressão à luz da ciência para elevar a qualidade da transplantação.

5.2. TRANSPLANTAÇÃO RENAL EM PORTUGAL

Segundo MOTA (2000:16), foi em Junho de 1969, no mesmo dia em que um ser humano pisava pela primeira vez solo lunar, que Linhares Furtado realizava a primeira transplantação renal em Portugal, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, este acto heróico, esteve associado não só à transplantação mas também às dificuldades que teve de ultrapassar: a

hemodiálise, ainda pouco difundida, era incipiente e com grandes limitações técnicas no nosso país; foi necessário recorrer a um centro francês, para preparar o principal imunossupressor e fazer o estudo de histocompatibilidade; a inexistência de legislação teve de ser ultrapassada com o auxílio de reputados juristas, que emitiram pareceres para que este acto terapêutico fosse legitimado.

Pelas dificuldades enunciadas persistirem por mais alguns anos, e devido ao Prof Linhares Furtado ter abandonado as suas funções para cumprir o serviço militar, este primeiro transplante renal não teve sequência, mas deixou importantíssimas marcas na Medicina portuguesa: a demonstração da existência de médicos com capacidade técnico-científica para concretizar os maiores progressos da ciência médica. (MOTA, 2000:16)

Foi necessário esperar 11 anos, para que em 1980, se reiniciassem os transplantes renais, agora com carácter definitivo.

Durante esses anos, procedeu-se à implementação de uma série de medidas fundamentais que vieram a tornar possível os programas de transplantação, tais como: publicação da legislação regulamentadora das colheitas e transplantações de órgãos e tecidos de cadáver e de dador vivo (Decreto-lei 553/76); constituição e instalação dos Centros de Histocompatibilidade do Norte, Centro e Sul; criação da Comissão Nacional de Diálise, que sob a presidência de Linhares Furtado, lançou as bases para a cobertura nacional de centros de hemodiálise, permitindo o regresso de centenas de doentes em tratamento dialítico na vizinha Espanha. (MOTA, 2000:17)

Foi nos Hospitais da Universidade de Coimbra, a 30 de Junho de 1980, que se reiniciaram os transplantes renais, a primeira em Portugal com um dador cadáver, através de uma equipa liderada por Linhares Furtado. Um rim foi transplantado em Coimbra pela equipa que fez a colheita e o outro foi enviado para o Hospital da Cruz Vermelha onde o seu colega Dr. João Pena, o transplantou. (MOTA, 2000:17)

Desde essa data o transplante renal jamais parou de aumentar em Portugal, tendo-se realizado 9287 até final de 2010 (ASST, 2011), para isso contou com uma decisão política com grande influência neste campo, a doação presumida após a morte e neste momento os dadores vivos não aparentados.

O sucesso da transplantação não está só relacionado com o aumento do n.º de dadores mas também com o avanço da imunologia.

5.2.1. A Imunologia e a transplantação

No início do século XX os conhecimentos imunológicos eram ainda poucos, mas muitos investigadores de várias áreas davam passos fundamentais para o desenvolvimento da transplantação.

A transplantação esbatia em barreiras biológicas importantes, a investigação com animais levou ao reconhecimento do papel das células do Sistema Imunitário e mais tarde descobriram-se os antigénios responsáveis pela resposta humoral e celular.

Foi então demonstrado que a rejeição dos tecidos transplantados acontecia, sempre que estes eram transplantados entre animais geneticamente diferentes.

Os estudos continuaram e foram criadas estirpes de ratinhos que possuíam um património genético idêntico dentro de cada uma. O transplante de tecidos em ratinhos da mesma estirpe era aceite enquanto os transplantes entre ratinhos de estirpes diferentes eram rejeitadas.

Na imunologia da transplantação, destaca-se Peter Medawar, nascido em 1915, no Rio de Janeiro, tendo desenvolvido os seus estudos em Oxford, nas áreas da cultura celular. No início da segunda guerra mundial pediram-lhe para investigar porque motivo é que um enxerto de pele de um indivíduo não era aceite permanentemente por outro. Em 1947, demonstrou que os enxertos eram aceites em gémeos monozigóticos e rejeitados nos gémeos dizigóticos. (CENTRO DE HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL)

As experiências de Peter Medawar desenvolveram-se e acabaram por demonstrar que um segundo transplante de pele de um mesmo dador para um mesmo receptor, era rejeitado mais rapidamente do que o primeiro. Esta constatação por si só era já um passo decisivo no compromisso do Sistema Imunitário.

5.2.2. Da resposta celular à resposta humoral

Paralelamente, com o estudo imunológico, o papel da genética continuou a ser investigado fazendo experiências com o ratinho de uma determinada estirpe que era transplantado ou imunizado com células duma segunda estirpe, este produzia anticorpos contra os antigénios de histocompatibilidade da segunda, bem como contra outros componentes da superfície das células. Foi neste contexto serológico que essas glicoproteínas foram chamadas como antigénios Major de Histocompatibilidade.

Neste momento estavam conhecidas as duas principais formas de Resposta Imunitária envolvidas na transplantação animal. Uma envolvia as células, a outra, os anticorpos. Com o homem a aproximação foi semelhante, só que neste caso as fontes de anticorpos eram

provenientes de doentes transfundidos, de voluntários imunizados especificamente e ainda do soro de mulheres multíparas.

Em 1958, surgiu a primeira descrição do antigénio MAC⁴, um passo decisivo, podendo-se utilizar a expressão “quanto mais sei, mais sei que nada sei”, necessitando do esforço de cooperação internacional entre os vários laboratórios de todo o mundo. (CENTRO HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL)

Em 1964, Jean Dausset descreveu a relação entre a compatibilidade dos antigénios leucocitários que são os HLA⁵ da classe I e II, em que os da classe I estavam presentes em todos os leucócitos e ainda nas plaquetas e os da classe II apenas podiam ser identificados nalgumas células, e a resposta por anticorpos aos enxertos de pele abriu o caminho da investigação em histocompatibilidade. (THORSBY, 2009:103)

Em 1964, realizou-se o primeiro Workshop de histocompatibilidade, com 23 investigadores onde compararam as diferentes técnicas laboratoriais utilizadas para estudo dos antigénios. Paul Terasaki introduziu a microlinfocitotoxicidade⁶ para tipagem HLA e descreveu o **primeiro crossmatch positivo** associado com uma rejeição hiper-aguda de rim, que ainda hoje é utilizada universalmente antes dos transplantes (CECKA, 2003:1047)

No ano seguinte, realizou-se o segundo workshop, com 71 investigadores, que definiram o seu formato facilitando os estudos laboratoriais para que no final os resultados pudessem ser comparados. Este modelo proporcionou um alargamento do painel de células e de antigénios serologicamente identificáveis. (CENTRO HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL)

Os workshops seguintes foram realizados, com uma periodicidade de três em três anos, sendo exponencial o número de investigadores que participavam, começando-se a publicar os conhecimentos produzidos.

Em 1980, com a presença de 130 laboratórios e onde foram apresentados resultados dos estudos de 720 anti soros com 37763 células diferentes, este workshop estudou ainda a relação HLA doença e especificamente a susceptibilidade a patologias como a diabetes, artrite reumatóide e esclerose múltipla. Foram definidas 14 novas especificidades. (INTERNATIONAL HISTOCOMPATIBILITY WORKING GROUP, 2011)

Outros workshops se seguiram, mas não irei descreve-los neste documento, considerando que as bases históricas quer da definição dos antigénios por serologia, quer das primeiras associações HLA doença estavam lançadas por esta altura.

⁴ Major Histocompatibility Complex

⁵ expressão inglesa “Human Leucocyte Antigens”

⁶ é o nome dado a uma técnica laboratorial em que se utilizam pequenas quantidades de soros e células e permite revelar se houver uma reacção de anticorpos no soro com antigénios das células, mediante a presença de complemento. Determina-se assim a especificidade desses anticorpos.

6. A PROBLEMÁTICA DA TRANSPLANTAÇÃO RENAL

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação que é considerada problemática, uma inquietação que exige uma melhor compreensão do fenómeno observado, sendo para mim, os IRCT, um tema que me suscita bastante interesse. Para além da pertinência social, qualquer problemática tem o potencial de contribuir para o avanço dos conhecimentos ou para influenciar de alguma maneira a prática profissional.

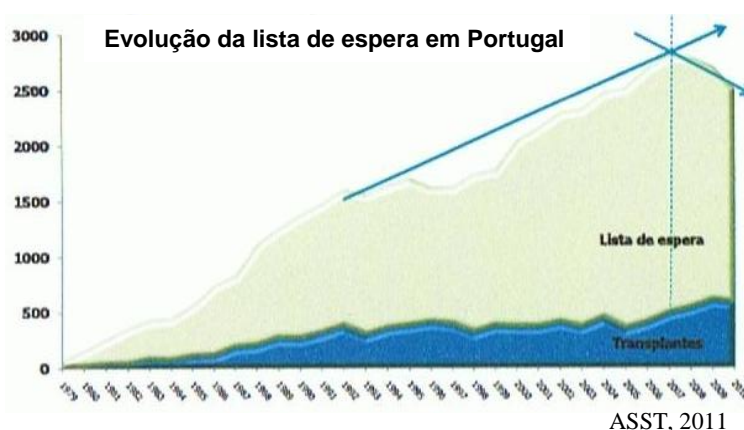
O envelhecimento da população tem sido acompanhado pelo aumento do n.º de patologias associadas, de salientar que, a OMS (2005) perspectivou que “(...) 60% de todas as mortes são devidas a doenças crónicas”.

Segundo KISSMEYER et al. (1999) identificaram uma “(...) elevada prevalência de IRC nas pessoas que sofrem de Hipertensão Arterial e ou Diabetes (...)”.

De acordo com a APIR (2010) “A Sociedade Portuguesa de Nefrologia indica que todos os anos são registados 2200 novos casos de insuficiência renal crónica terminal, existindo actualmente 15 mil doentes nesta condição (10 mil dependentes de diálise e cinco mil transplantados)”.

Os doentes transplantados vivem mais tempo, têm a sua qualidade de vida melhorada e consomem menos recursos aos cuidados de saúde. A longevidade garantida pela opção transplante em relação à diálise tem sido largamente demonstrada, segundo vários autores, MEDIN (2000:701), RABBAT (2000:917) e WOLFE (1999:1725).

O transplante tem-se tornado na primeira opção para uma grande maioria de insuficientes renais. Esta maior procura não foi, no entanto, acompanhada pelo necessário aumento do número de órgãos disponíveis para transplante, como se pode constatar neste gráfico, apesar da



ASST (2011) referir que existiu uma “diminuição de 8,6% dos doentes em lista de espera em 2010” para transplante renal em Portugal.

Nos EUA, o tempo de espera médio geral foi de 2,85 anos em 2004 e de 4,58 anos em 2006. KNOLL (2008:3)

A escassez de dadores de rim tem levado a uma ampliação dos critérios de aceitação de órgãos de dador cadáver e segundo um estudo realizado em 2003, SALIFU (2009:400) refere

que em comparação com a sobrevida do enxerto, a sobrevida dos pacientes e a rejeição aguda nos primeiros três meses nos dadores de critérios expandidos versus dadores inferior a 60 anos, concluiu que o doente IRCT beneficia com idade de uma sobrevida do enxerto e dos pacientes aceitável, aproveitando aqueles órgãos que iriam ser descartados. Este método tem ganho ampla aceitação segundo vários autores, Lu (1999), Remuzzi (1999) e Alfrey (2003), chegando mesmo a extremos de idade do dador acima de 75 anos (Andres, 2002) citados por SALIFU (2009:400)

O presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia acrescentou que Portugal está muito bem colocado, em termos mundiais, a nível de colheitas de órgãos porque "Portugal tem um consentimento presumido" (APIR, 2010), ou seja, quem não se registar no REENDA é dador.

Portugal já é líder mundial dos transplantes de rim, aumentando quase 14% o n.º de cirurgias num ano, conseguindo ultrapassar a Espanha no "ranking" dos transplantes renais com dador cadáver no ano 2009, atingindo as 50 cirurgias por milhão de habitantes contra 44,8 da Espanha, com isso, Portugal atinge o limiar da auto-suficiência. (NEWSLETTER TRANSPLANT, 2010:6). (ANEXO XXIII)

Segundo a NEWSLETTER TRANSPLANT (2010:34), em Portugal, no último dia do ano de 2009 existiam 9000 utentes em diálise, tendo sido admitidos 579 pacientes durante esse ano e aguardavam transplante renal 2011 pacientes. Foram efectuados 524 transplantes renais no ano de 2009, uma taxa diária superior a 1,4 e pela primeira vez em dez anos o n.º de doentes em lista de espera decresceu, para isso contribuiu o aumento de 25% do n.º de dadores vivos, apesar de estes não ultrapassarem os 10% da globalidade dos transplantes

Segundo a APIR (2010) citando o Prof. Linhares Furtado "o nosso país tem leis muito boas, muito avançadas", classificando de extraordinária a aceitação da sociedade portuguesa à doação de órgãos em morte cerebral, possibilitando os méritos da transplantação de órgãos. Por outro lado, apontou a existência de cerca de 30 mil objectores, 0,35% da população portuguesa, o que é um número muito baixo. (ANEXO XXIV)

Na área da transplantação já estão identificados vários problemas: Estagnação da doação de cadáver ao longo das ultimas duas décadas; **Listas de espera crescentes para transplantação**; Isolamento das equipas de transplante; **Alheamento dos outros profissionais** de saúde; Deficiente divulgação do RENNDA, segundo a Coordenadora Nacional de Unidades de Colheita. (AGUIAR, 2010)

A pertinência do meu trabalho deve-se a esta enorme discrepância entre o número de dadores e de candidatos a transplante, tal como a qualidade do órgão a ser transplantado. A idiosincrasia do transplante renal não permite que quem tem maior tempo de espera seja o primeiro a receber o órgão. A evolução farmacológica, no que respeita às drogas imunossupressoras, não é ainda suficiente para descartar preocupações imunológicas na selecção do par dador-receptor no transplante renal. Assim, para cada órgão disponível só

podem ser candidatos a recebê-lo os doentes que em lista de espera garantam condições mínimas de que o transplante seja bem sucedido. (DESPACHO 6537/2007)

Cada vez mais a opção de utilizar dadores cadáver para transplante passou a ser uma forma de combater a crescente discrepância entre o número de candidatos a transplante e o número de órgãos disponíveis.

Considerando apenas os doentes transplantados em 2009, não serão dispendidos nos próximos 10 anos em tratamentos de diálise **174 milhões Euros**. (AGUIAR, 2010)

Em Portugal, em 2010, existiam 8 unidades de transplantação renal. Cinco destas unidades pertencem à região sul do país, uma à região centro e duas à região norte. As unidades de transplantação são compostas por um total de 45 hospitais de colheita de órgãos e tecidos: 25 da região sul, 11 da região centro e 9 da região norte. São cinco os gabinetes de coordenação de colheita de órgãos e transplantação: 2 na região sul, 1 na região centro e 2 na região norte. Em cada uma das três regiões de Portugal existe um Centro de Histocompatibilidade com a competência legal de efectuar a selecção do par receptor-dador no transplante renal de dador cadáver. Segundo o CENTRO DE HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL (2010) cabe a todas estas instituições potenciar e maximizar, na medida do possível, o sucesso do transplante renal no nosso país.

6.1. DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Para que a doação seja possível e não existam atropelos éticos e legais foi necessária a criação de normas para a selecção do par dador-receptor, podendo existir importação e exportação de órgãos seguindo directrizes europeias.

As diferentes culturas e o modo como vivenciam e perspectivam a morte, fazem com que tenham um olhar diferente sobre o transplante de órgãos.

O mundo das religiões é vasto, complexo, fascinante e não tem fronteiras.

Em Portugal podemos encontrar algumas culturas que encaram este problema de diferentes formas, embora não pretendamos aprofundar aspectos religiosos e culturais passamos a referir a título de exemplo:

Os **hindus**, baseando-se no Karma e na auto-ajuda aos outros, tendo como tradição a cremação do corpo que tem de estar íntegro e por isso deve ser intocável, são resistentes à ideia de colheita de órgãos.

Por sua vez, os **budistas** dão pouca importância ao corpo depois da morte, pois a vida é vista como uma ilusão e a morte como um fim provisório, não sendo renitentes à recolha de órgãos.

No **judaísmo** aceitam a doação de órgãos, desde que seja efectuada de imediato, não permitindo a doação para banco de órgãos e a morte cerebral tem de ser determinada de acordo com a Halacha.

No **islamismo**, por associarem a integridade corporal a um acesso para a vida eterna algumas correntes recusam as colheitas de cadáveres. (ARCHER, 1996)

As **testemunhas de Jeová**, como apoiam tudo o que preserve a vida que foi criada por Deus, aceitam o transplante de órgãos apesar de recusarem a transfusão de sangue.

Para Daare e Marshall (1999:158) o comércio de órgãos é uma questão controversa que deve ser analisada segundo os valores culturais, políticos e económicos. Nos Estados Unidos e de acordo com as associações médicas foi proposto a criação de um mercado de órgãos que devem ser vendidos a um preço fixo, pelo contrário em Portugal, é exigido o princípio da gratuidade.

Na Índia foi adoptada uma lei sobre o transplante de órgãos humanos com o intuito de abolir o comércio de órgãos e facilitar a colheita em cadáveres. (DAARE, 1999:157)

6.1.1. Normas para a selecção do par dador-receptor

A 3 de Agosto de 2007 entrou em vigor o despacho nº 6537/2007 que veio reformular as normas para a selecção do par dador-receptor em homotransplantação com rim cadáver. (ANEXO XXV)

Os candidatos a transplantação renal podem efectuar a inscrição simultânea em duas unidades de transplantação. Existem 2 graus de urgência: muito urgente e urgente que lhe é atribuído na consulta de pré transplante, o grau de muito urgente é atribuído se o doente está sem possibilidade de construção de acesso vascular definitivo e não é possível realizar DP.

A presença de septicemia incontrolada ou de origem desconhecida, comportamentos de risco para doenças infecto-contagiosas, HIV, Hepatite B positivos, são critérios de exclusão para o dador.

O transplante só será possível se o candidato apresentar cumulativamente com o dador uma compatibilidade no sistema AB0, no sistema Rh e o Crossmatch anti-linfocitário for negativo por citotoxicidade com o último soro, sendo da responsabilidade dos centros de hemodiálise o envio dos soros, trimestralmente, para estudos nos centros de histocompatibilidade. (despacho nº6537/2007)

Segundo a EDTNA (2005) a lista de espera de transplante renal trabalha sob o princípio de se encontrar o paciente certo para o rim a doar, para isso, o par dador receptor é seleccionado através de um sistema por pontos em que para cada dador é atribuída uma determinada

pontuação aos potenciais candidatos a transplante, tendo em conta: Incompatibilidades HLA, pré-sensibilização (PRA), o tempo de espera desde o início da diálise, a idade, a diferença de idade entre dador e o receptor e se foi retransplantado. Se após estes critérios existir uma igualdade pontual as incompatibilidades para o locus HLA-A, a sensibilidade PRA e o tempo de diálise servirão, por esta ordem, como critérios de desempate. (despacho nº 6537/2007)

De acordo com a DIRECTIVA nº 53 da União Europeia de 2010 a caracterização adequada do órgão e do dador deve ser obtida através de uma "(...)história clínica rigorosa, fiável e objectiva, a equipa médica deverá entrevistar os familiares do dador *post mortem*". Estas entrevistas revestem-se de particular importância dadas as limitações de tempo do processo de dádiva *post mortem*, que reduzem a possibilidade de exclusão de doenças transmissíveis potencialmente graves. (ANEXO XXVI)

Os registos são fundamentais, desde o momento do início do processo, responsabilidade das unidade de colheita, percebendo a origem do órgão de forma a garantir as condições de rastreabilidade até à sua aplicabilidade, que são da responsabilidade dos serviços que efectuaram o transplante, durante um período de 30 anos.

O hospital onde se efectuar a colheita, selecciona de entre os doentes inscritos da sua lista activa aquele que obtiver maior pontuação, sendo aceitável como compatibilidade mínima a existência de duas identidades no sistema HLA, das quais uma em DR. O outro rim será atribuído ao doente que apresentar maior pontuação a nível regional. Se existir algum receptor, a nível nacional, muito urgente, hiperimunizado ou pediátrico, têm prioridade sobre os outros e poderão ser transplantados sem qualquer identidade HLA. Após ter sido feita a selecção regional e nacional e se não tiver sido encontrado um receptor, a ASST deverá fazer uma oferta a nível internacional.

A ASST, enquanto entidade competente para os serviços de transplantação, cabe-lhe a missão de garantir a qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita e análise de tecidos e células de origem humana, qualquer que seja a sua finalidade, bem como em relação ao processamento, armazenamento e distribuição, tal como coordenar, orientar, regulamentar e fiscalizar, a nível nacional, incluindo as actividades de importação e exportação, segundo o artigo 4º da Lei n.º 12/2009 (ANEXO XXVII).

6.1.2. Importação e Exportação de órgãos

A escassez de órgãos e os apelos emergentes de órgãos destinados à aplicação em seres humanos levam a que vários estados estejam a abrir fronteiras desde que não haja disponibilidade nos bancos nacionais ou a situação de compatibilidade o justifique. Para que um órgão seja importado, o seu país de origem, deve cumprir requisitos de qualidade e

rastreabilidade de acordo com a nossa lei, seguindo as directrizes emanadas pela comunidade europeia. No final do ano transacto um menino espanhol recebeu quatro órgãos de uma criança portuguesa num acto de estrita colaboração entre os dois países na área do transplante (ANEXO XXVIII)

6.2. BENEFÍCIOS E RISCOS DO TRANSPLANTE RENAL

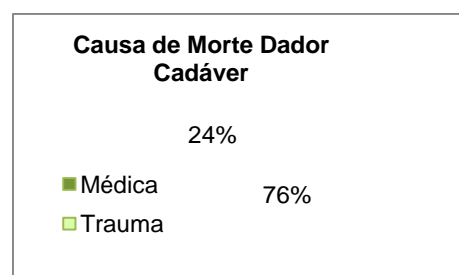
O transplante renal é o melhor tratamento custo benefício no tratamento de pacientes com insuficiência renal crónica estadio 5. (FRUTOS, 2010:39)

A principal complicação após o transplante é a rejeição do órgão. A maioria dos episódios de rejeição de transplante de surgem no 4^o mês após o transplante. Apesar da terapia de imunossupressão primária, os pacientes podem sofrer de múltiplos episódios de rejeição aguda. Se o tratamento não reverte a rejeição, o destinatário tem que voltar à HD e esperar por outra oportunidade. Existem outras complicações, tais como as infecções, as doenças renais e a incidência de neoplasias malignas da pele e do linfoma não hodgkin. (EUROTRANSPLANT INTERNATIONAL FOUNDATION, 2011)

Os imunossupressores são os principais responsáveis pelo sucesso actual, mas estes acarretam uma supressão de todas as reacções imunológicas, ficando o paciente transplantado mais susceptível às infecções, que são a principal causa de morte em pacientes transplantados.

O aparecimento de neoplasias após o transplante tem sido uma preocupação crescente, OPELZ (2010) desenvolveu um estudo que compara a incidência de tumores, com excepção dos da pele e do linfoma não-hodgkin entre os indivíduos que fazem terapêutica imunossupressora pós transplante com uma população que não era transplantada e concluiu que as taxas de incidência são semelhantes.

Segundo BOS (2008:269) “há duas décadas, o dador típico tinha menos de 30 anos, era razoavelmente saudável e morria de TCE”, actualmente a ASST (2011) refere que “o dador em morte cerebral tem uma idade média de 51,27 anos” sendo que “34% tem idade superior a 60 anos” e a principal causa é de origem não traumática.



Fonte: ASST (2011)

As melhorias alcançadas no regime de tratamento do receptor, na preservação de órgãos do dador, na redução do tempo de isquémia fria e na melhoria da compatibilidade dador-receptor têm mascarado a menor qualidade dos dadores. (BOS, 2008:270)

Os resultados a longo prazo após o transplante proveniente de dadores vivos sem parentesco são semelhantes à de dadores pais ou filhos. Isso indica que a baixa sobrevida de

enxertos de dadores cadáveres não pode ser exclusivamente atribuída a diferenças de imunogenicidade. A sobrevivência dos enxertos é afectada por muitos outros factores. Variáveis do dador, tais como: idade, género, raça, creatinina sérica final, história de hipertensão e a causa da morte influenciam, todas elas, o sucesso do transplante. (BOS, 2008:270)

A actividade de colheita de tecidos ou órgãos para fins de transplantação deve ser incentivada, mas por razões de segurança e de qualidade, tal actividade é regulamentada de maneira a garantir boas práticas. (ANEXO XXIX)

6.3. QUESTÕES ÉTICAS

A principal fonte de doação de órgãos nos países ocidentais é a partir do dador cadáver, mesmo no transplante de órgãos que é possível num dador vivo, como o transplante renal, a preferência ainda recai no dador cadáver.

O respeito aos mortos é uma parte fundamental da nossa religião e cultura. A remoção de órgãos para transplante, de dadores cadáver, deverá ser realizada com o devido cuidado e preocupação, como em qualquer outra cirurgia, sem mutilação ou desfiguração do corpo, indo ao encontro ao artigo 14º da LEI nº 22/2007 como pude constatar quando assisti à cirurgia de colheita de órgãos.

Existem várias questões éticas relacionadas com a doação de órgãos de cadáveres e com a sua distribuição, sendo fundamental respeitar vários princípios éticos para que se mantenha o respeito pela vida e pela pessoa.

6.3.1. Na doação de órgãos de cadáveres

O consentimento para a doação de órgãos após a morte é dado em duas formas dependendo das leis que regem o país, tendo presente o **princípio da autonomia**.

No sistema em que a pessoa declara sua intenção de doar seus órgãos em vida e em plena consciência das suas capacidades mentais fica registado num documento. Após a sua morte e em circunstâncias em que a colheita de órgãos é possível, os médicos que tomem conhecimento dos seus desejos podem proceder à colheita.

O outro sistema é o "**consentimento presumido**", uma pessoa é considerada como tendo concordado em doar os seus órgãos após a sua morte. Este sistema pressupõe que os cidadãos do país têm acesso a todas as informações necessárias para tomar uma decisão "informada" e possuem a liberdade de decidir em não doar os seus órgãos. Esta decisão

política, praticada em vários países europeus, tem proporcionado melhorar as taxas de doação de órgãos.

Em Portugal vigora o consentimento presumido, tendo os cidadãos disponíveis no seu Centro de Saúde a possibilidade de fazer a sua inscrição no RENNDA, através de documento próprio (ANEXO XXX). Dirigi-me ao Centro de Saúde da minha área de residência e disse: "não quero ser dador de órgãos após a morte o que tenho de fazer?", a administrativa desconhecia o documento que eu pretendia, a minha inscrição no REENDA, e após duas chamadas telefónicas pediu-me para voltar 2 dias depois, altura em que me foi entregue o impresso. Perante este episódio emergiram-me duas questões: Será que as pessoas estão mesmo informadas? E os mecanismos disponíveis para a inscrição são facilitadores?

Como a prática da transplantação de órgãos se tem desenvolvido, mais órgãos têm sido colhidos podendo durante a mesma cirurgia ser efectuada a colheita de vários órgãos do mesmo cadáver. É importante que qualquer elemento da equipa cirúrgica ao detectar algum problema que não permita a posterior transplantação não efectue a colheita, mantendo o respeito pelo corpo daquele indivíduo.

Em transplante de órgãos de cadáveres, o diagnóstico de morte cerebral⁷ é crucial, pois os órgãos colhidos estarão em melhores condições enquanto o coração estiver a bater apesar do indivíduo estar morto. (ANEXO XXXI e XXXII)

Os dois médicos que realizam os testes para determinar a morte encefálica terão de ser independentes da equipa de transplante e têm o dever de deixar registado a sua avaliação em dois momentos distintos. (ANEXO XXXIII)

6.3.2. Na distribuição/atribuição de órgãos para os receptores

O n.º de órgãos não têm sido suficientes para atender às necessidades e o tempo de espera para os pacientes que esperam órgãos continua a ser preocupante.

A atribuição de um recurso muito escasso, o de órgãos, teve de ser regulamentado, para isso, Portugal conta com a ASST, enquanto entidade competente para os serviços de transplantação, cabendo-lhe a missão de garantir a qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita e análise de tecidos e células de origem humana, qualquer que seja a sua

⁷ A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade. (Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril)

finalidade, bem como em relação ao processamento, armazenamento e distribuição tendo por base a directiva nº53 do Parlamento Europeu, de 7 de Julho de 2010

Na atribuição dos órgãos, o princípio ético da **justiça** tem de fazer parte deste processo, para garantir o acesso equitativo dos pacientes a um sistema de partilha de órgãos.

Os princípios da **beneficência** e da **não maleficiência** terão de estar inclusos, pois a escolha não recairá sobre o candidato com mais tempo de espera, mas sim naquele indivíduo que possua um painel genético que justifique uma melhor probabilidade de sucesso para um receptor específico à luz da ciência, sobrepondo-se ao papel social do receptor.

Segundo COURTNEY (2009:63) o princípio utilitarista defende a tese de que cada rim deve ser transplantado no receptor em que apresente uma maior probabilidade de sucesso e o princípio da justiça exige que cada pessoa deve ter a mesma oportunidade de transplante que os seus pares. Um compromisso entre estes dois princípios éticos é essencial na prática clínica.

Estes princípios podem ficar comprometidos se tivermos em conta o actual procedimento para a atribuição de órgãos, pois poderá acontecer que um candidato para transplante inscrito numa determinada unidade hospitalar, posicionado na quinta posição de acordo com a compatibilidade, segundo a lista fornecida pela Lusotransplante, mas como os candidatos que estão posicionados à sua frente não estão inscritos na lista daquele hospital que efectuou a colheita é este que usufruí desse transplante.

Tudo o que diga respeito à experimentação do corpo humano levanta várias questões, não só éticas mas também políticas directamente relacionadas com a saúde, existindo um conjunto de três princípios gerais que incorporam as questões relativas ao transplante:

Princípio da totalidade, refere que cada parte do corpo, independentemente de ser o membro, órgão ou função deve ser visto como um todo e pode ser sacrificado desde que seja benéfico para o organismo.

Princípio da intangibilidade corporal, que defende que o corpo é uma identidade pessoal, merecedor da dignidade humana, e como tal, qualquer intervenção na integridade corporal é uma intervenção da integridade pessoal, pois estas estão interligadas.

Princípio da solidariedade que acredita que o homem como está inserido na sociedade pode fazer alguns sacrifícios que sejam benéficos para a comunidade, incluindo, as dádivas de órgãos, desde que não impliquem a integridade vital, que é o caso de um dador em morte cerebral.

Com a transplantação além destes princípios gerais existem um conjunto de princípios específicos:

Princípio da confidencialidade, que refere que o utente tem direito ao anonimato. Todo este processo que envolve o transplante tem de respeitar o direito do sigilo, ou seja, nenhuma das partes envolvidas pode ter conhecimento do dador e do receptor do órgão ou

tecido, nem se a evolução posterior foi favorável ou desfavorável, sob o risco de existir repercussões graves quando existe identificação das partes envolvidas.

Princípio da gratuidade que como vê o órgão ou tecido dotado de individualidade própria, este poderá ser doado mas não pode ser objecto de transacções comerciais (UNESCO, 2005), segundo o 21º artigo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Princípio da autonomia que se rege por um consentimento informado, no qual a colheita de tecidos ou órgãos tem de ter o consentimento do dador e do receptor.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem é uma profissão onde o conhecimento, as habilidades e as atitudes devem ser constantemente contextualizadas e adaptadas à realidade actual da situação da pessoa envolvida, sendo necessário uma enorme capacidade de análise, criatividade e inovação.

Nesta etapa do nosso processo formativo reunimos todos os esforços, conhecimentos, competências e estratégias para atingirmos os objectivos traçados e reformulá-los sempre que foi pertinente. Consideramos que foram atingidos os objectivos a que nos propusemos apesar de ter atingido um nível de competências diferente em cada EC.

No primeiro e segundo EC, os conhecimentos que adquirimos, aliando a vertente técnica à relacional da HD, DP e transplante renal, permitiram conhecermos melhor as necessidades do utente/família, ou seja, olhar para estes de uma forma mais abrangente, permitindo-nos preencher lacunas na formação enquanto Enfermeiro de Nefrologia. Para além disso, fomos capazes de desenvolver o conhecimento dentro destas áreas, até então praticamente desconhecidas para nós.

No último EC, onde foram prestados cuidados de enfermagem especializados na admissão de doentes críticos e respectiva família, tal como ao doente em morte cerebral como potencial dador de órgãos, foi desenvolvida uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivando a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciando a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem.

Segundo BONALUMI (2010:176) “O enfermeiro de urgência tem um papel importante na doação de órgãos e tecidos” e é necessário que este “saiba identificar os potenciais dadores de órgãos”, cabendo-lhe “no âmbito das atribuições do enfermeiro de urgência agilizar, coordenar e intervir junto da família de potenciais dadores de órgãos.”

O percurso delineado para adquirir e aprofundar conhecimentos foi muito enriquecedor e serviu-nos para termos um conhecimento mais amplo sobre o doente IRC, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, o que nos permitiu vivenciar a importância do transplante renal para estes doentes e suas famílias.

Propomos que os Enfermeiros em geral e os do SUC do HSM em particular sejam rigorosos na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crítico e ao potencial dador, com especial relevo para a família ou pessoas significativas, não esquecendo de os mencionar nos registos, para que a continuidade de cuidados seja uma realidade para o doente mas também para a sua família.

A nossa sugestão para a melhoria da qualidade dos órgãos a colher deverá centrar-se na melhoria do atendimento ao doente crítico independentemente do seu prognóstico, para isso, e

num futuro que pensamos não muito longínquo a criação de equipas de emergência no SUC seria um passo que julgamos essencial.

No futuro esperamos que surjam directrizes que alterem a distribuição dos órgãos a transplantar, pois terá de se ter um centro de distribuição nacional e não por regiões ou por Unidades de colheita, pois terá que se pensar qual o dador que reúne melhores condições para a recepção daquele órgão. De acordo com uma recente entrevista do presidente do INEM, está a ser estabelecido um protocolo de colaboração com a Coordenação Nacional das Unidades de Colheita de Órgãos para Transplantação, que envolve a utilização dos helicópteros, desconhecendo o conteúdo do protocolo. Esperamos que seja o momento de se estender a nível nacional, diminuindo um factor primordial, o tempo de isquémia fria.

Ao elaborar este relatório parece-nos fundamental mencionar o quanto nos foi crucial a sua elaboração pois conduziu-nos a uma reflexão aprofundada sobre os EC onde desenvolvemos as nossas competências e enriquecemos os nossos reportórios enquanto profissional e ao mesmo tempo, como pessoas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Maria João – **Realidade Actual da Colheita da Órgãos em Portugal - 1º Encontro da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação**. ASST. 2010.
- ALBUQUERQUE, J; LIRA, Ana; LOPES, Marcos - **Fatores preditivos diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal**. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 63, n.º1. (Jan-Fev 2010) p.98-103.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS – **Advanced Trauma Life Support**. 8ª Ed. Chicago:2008. ISBN: 978-1-880696-31-6.
- APIR. Acedido a 20/11/2010, através de: <http://www.apir.pt/>.
- APÓSTOLO, J. L. A.; et al. - **Sufrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia**. In: **Revista Referência**. Coimbra. ISSN: 0874.0283. 2ª Série. N.º3 (Dezembro 2006). p. 54-64.
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – **Bioética**. Lisboa: Verbo, 1996. ISBN 972-22-1719-4
- ASHBY, V. B.; KALBFLEISCH, J. D.; WOLFE, R. A. - **Geographic variability in Access to primary kidney transplation in the US**. In: **Am J Transplant**. N.º 2 (2007). p.1412-23.
- ASST - **Relatório da actividade de Colheita e Transplantação 2010**. 2011. Acedido a 03/03/2011, através de: <http://www.asst.min-saude.pt/Paginas/asst.aspx>.
- AUTORIDADE NACIONAL SEGURANÇA RODOVIÁRIA - **Dados de Sinistralidade**. Acedido a 10/02/2011. Através de: <http://www.ansr.pt>.
- BENNER, P. - **De iniciado a Perito**. 2ª ed.. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN: 989-558-502-5.
- BONALUMI, Nancy – **Doação de Órgãos e Tecidos**. In: HOWARD, P. K.; STEINMANN, R. A. – **Enfermagem de Urgência da teoria à prática**. 6ª ed.. Loures: Lusociência, 2010. p.168-177. ISBN: 978-972-8930-63-9.
- BOS, E.M., et. al. - **Enxertos renais de dadores com morte cerebral:Qualidade inferior ou oportunidade para aprimoramentos?** In: **Kidney International** (Edição Portuguesa). N.º 3. (2008). p.269 – 277.
- CECKA, J. M. - **Interview with Dr Paul Terasaki** In: **American Journal of Transplantation**. ISSN 1600-6135. N.º3. (2003). p.1047–51.
- CENTRO DE HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL. Acedido a 09/01/2011. Através de: www.chsul.pt/up/Documentos_Publicacoes/Factos_Historia_Transplantacao.pdf.

- CHLN – HSM – **Indicadores de actividade**. Acedido a 10/02/2011. Através de:
<http://www.chln.min-saude.pt>.
- COIMBRA, A.; QUINTELA, E.; PIÇARRA, G.; SANTOS, L. – **Percepção do Enf.º perante a morte cerebral e a doação de órgãos** In: **Sinais Vitais**. N.º 5. (Novembro 1995). p. 35 – 38.
- COLLABORATIVE TRANSPLANT STUDY – **University of Heidelberg, department of transplantation Immunology**. 2010. Acedido a 29/01/2011, através de:
<http://www.ctstransplant.org/>
- COLLIÈRE, M. F. - **Promover a Vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN: 972-757-109-3.
- CONWAY, H.; REID, W. H; BEATON, J. J. - **Tom Gibson, plastic surgeon (1915-93): his life, the second set phenomenon, the host versus graft reaction, and the birth of tissue transplantation** In: **Journal Of Medical Biography**. ISSN: 0967-7720. Vol. 14, n.º 4. (Nov. 2006). p. 192-6.
- COURTNEY, A.E.; MAXWELL, A.P. - **The Challenge of Doing What Is Right in Renal Transplantation: Balancing Equity and Utility** In: **Nephron Clinical Practice**. N.º 111 (2009). p.62–68.
- DAARE, A.S.; MARESHALL, P. – **Aspectos culturais e psicológicos do transplante de órgãos** In: **Servir**. ISSN: 0871-2370. Vol.47, nº3. (1999). p.153–9.
- DECRETO REGULAMENTAR nº 67/2007. **D.R I Série**. 103 (2007-05-29) 3506-3509.
- DECRETO-LEI nº 248/2009. **D.R I Série**. 184 (2009-09-22) 6762.
- DESPACHO nº 6537/2007. **D.R II Série**. 66 (2007-04-03) 8736-8737.
- DIAS, José. **Formadores: Que Desempenho**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 978-972-8383-75-6.
- DIRECTIVA nº53/2010. **União Europeia**. (07-08-2010) 207/14-207/29.
- EDTNA / ERCA - **A Patient's Guide to Kidney Transplantation**. 2005
- ESTRELA, Albano – **Teoria e Prática de Observação de Classes**. 4ª ed.. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN: 972-0-34043-6
- EUROTRANSPLANT INTERNATIONAL FOUNDATION. 2011. Acedido a 02/01/2011, através de: <http://www.eurotransplant.org/?id=kidney>
- FOSTER, Melissa. - **John Hunter: 'Founder of Scientific Surgery'** [em linha]. In: **Endocrinetoday**. (Janeiro, 2009). Acedido em: 10/01/2011. Disponível em: <http://www.endocrinetoday.com/view.aspx?rid=36456>

- FRUTOS, M. A.; CABELLO M. - **Información a pacientes: cuándo y qué información suministrar** In: **Nefrologia**. N.º30 (Suplemento 2). 2010. p.39-46.
- FUKUHARA, N.; et al. - **The long-term outcome of tacrolimus in cadaveric kidney transplantation from non-heart beating donors**. In: **Clinical Transplantation**. N.º 19. (2005). p.153–157.
- GELBER, F.V.; et at. – **2009 International Donation and transplantation Activity**. In: **Organs, Tissues & Cells**. N.º 13 (2010). p. 77-80.
- GILL, J.S.; et al. - **The impact of waiting time and comorbid conditions on the survival benefit of kidney transplantation**. In: **Kidney Int**. N.º 68. (2005). p.2345-2351.
- GODINHO, Natércia – **Guia de normas para a apresentação de trabalhos escritos, bibliografias e citações**. Centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. 2008.
- HESBEEN, Walter. - **Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 1997. ISBN: 972-618-256-5.
- HOFFART, Nancy - **The Development of Kidney Transplant Nursing** In: **Nephrology Nursing Journal**. Vol. 36, n.º2. (Mar/Apr2009). p127-138.
- HOWARD, P.; STEINMANN, R. – **Enfermagem de Urgência da teoria à prática**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN: 978-972-8930-63-9
- INEM – **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Lisboa:2006.
- INTERNATIONAL HISTOCOMPATIBILITY WORKING GROUP. 2011. Acedido a 28/01/2011, através de: <http://www.ihwg.org/history/history2.htm>.
- KISSMEYER, Lu, et al. - **Community nephrology: audit of screening for renal insufficiency in a high risk population**. In: **Nephrology Dialysis Transplantation**. N.º 14. 1999. p. 2150-2155.
- KNOLL, G. - **Trends in Kidney Transplantation over the Past Decade**. In: **Drugs**. N.º 68, Supplement 1 (2008). p.3-10.
- KOLCABA, Katharine - **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research**. Nova York: Springer Publishing Company, 2003. ISBN: 0-8261-1633-7.
- LAZURE, H. – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-52.
- LEI nº12/2009. **D.R I Série**. 60 (26-03-2009) 1876-1897.
- LEI nº22/2007. **D:R I Série**. 124 (29-06-2007) 4146-4150
- LI, Philip; et al. - **Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update** In: **Peritoneal Dialysis International**. Vol. 30. (2010). p.393–423.

- LOPES, Manuel José – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999. ISBN: 97-897-298-1490-7.
- MARGATO, C.; OLIVEIRA, D.; LEITE, L. - **Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências**. II Congresso da OE, O Enf.º e o Cidadão: **Compromisso (d)e Proximidade**, p. 42-46. Edição Lisboa, OE, 2006.
- MATEVOSSIAN, E.; et al. - **Surgeon Yurii Voronoy (1895–1961) – a pioneer in the history of clinical transplantation: in Memoriam at the 75th Anniversary of the First Human Kidney Transplantation**. In: **European Society for Organ Transplantation**. ISSN 0934-0874. Vol. 22. (2009). p.1132–1139.
- MEDIN C.; et al. - **Survival of patients who have been on a waiting list for renal transplantation**. In: **Nephrol Dial Transplant**. N.º15 (2000). p.701-704.
- MOTA, Alfredo - **Vinte anos de transplantação renal nos Hospitais da Universidade de Coimbra** In: **Acta Urológica Portuguesa**. Vol. 17, n.º4. (2000). p.15-30.
- NEUMAN, B. – **O modelo de sistemas de Neuman**. 4ª Edição, Prentice Hall, 2001. ISBN: 013-0278-56-4.
- NIGHTINGALE, Florence – **Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-92-4.
- NIGHTINGALE, Florence – **Notes on Nursing: What it is not**. London: Blackie & Son Ltd. 1974 (First published 1859). ISBN: 0-216-89974-5.
- NUNES, Fernando Manuel; et al. – **Manual de trauma**. Loures: Lusociência, 2009. p. 17. ISBN: 978-972-8930-52-3.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: OE, 2005. p.105. ISBN 972-99646-0-2.
- OE. **Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Caderno Temático. Dezembro. 2009
- OMS - **El desafio educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud**. Buenos Aires: Junho/Julho, 1997, p. 33.
- OMS – **Prevenção das Doenças Crónica: um investimento vital**. 2005. Acedido a 20/01/2011, através de: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html.
- OPELZ, Gerhard - **Ischemia time and HLA matching**. 2010. Acedido a 29/01/2011, através de: <http://www.ctstransplant.org/public/newsletters/2010/gif/2010-1.html?ts=6491488244295798>.

- OPELZ, Gerhard - **Standardized tumor incidence rates..** 2010. Acedido a 01/02/2011, através de: <http://www.ctstransplant.org/public/newsletters.shtml>.
- PORTARIA nº 31/2002. **D.R. I Série-B.** 6 (08-01-2002) 150-152
- RABBAT C.G.; et al. - **Comparison of mortality risk for dialysis patients and cadaveric first renal transplant recipients in Ontario, Canada.** In: **J Am Soc Nephrol.** Nº11 (2000). p.917-922.
- REANIMA e SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRAUMA – **Curso avançado de trauma – Manual de trauma.** [S.l.], António A. Carneiro e Jorge Mineiro, 1998.
- REGULAMENTO nº122/2011. **D.R II Série.** 35 (2011-02-18) 8648-8653.
- REGULAMENTO nº124/2011. **D.R II Série.** 35 (2011-02-18) 8656-8657.
- SALIFU, Moro; et al. - **Long-term outcomes of dual kidney transplantation—a single center experience.** In: **Clinical Transplantation.** Vol.23, nº3 (Jun/Jul 2009). p.400-406.
- SHELTON, Wayne, BALINT, John – **The Ethics of Organ Transplantation.** Elsevier Science Lda, 2001. Vol.7. p.1-42. ISBN:0-7623-0764-1.
- SIEGAL, Bonita R. - **Pós-Transplante Renal Compliance: A cognições, emoções e comportamentos de enfrentamento** [em linha]. In: **National Kidney Foundation.** (1995). Acedido a 22/01/2011. Disponível em: <http://www.stanford.edu/dept/HPS/transplant/html/history.html>.
- THORSBY, E. - **A short history of HLA.** In: **Tissue Antigens.** ISSN 0001-2815. N.º74 (2009). p.101–116.
- UNESCO - **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.** 2005.
- UNIDADE CURRICULAR DE FUNDAMENTOS DE NEFROLOGIA (Apontamentos). Prof. Maria Saraiva, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010
- WOLFE R.A., et al. - **comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant.** In: **The New England journal of medicine.** Vol.341, nº23 (Dec.1999). p.1725-1730.

APÊNDICE

Apêndice I

Listagem de Artigos seleccionados da
EBSCO

ANEXOS

Anexo I

Cronograma dos EC

Anexo II

Funções do Enf.º e do Enf.º Especialista

Anexo III

Regulamento das competências específicas
do Enf.º Especialista

Anexo IV

Regulamento das competências específicas
do Enf.º Especialista em Enfermagem em
pessoa em situação crítica

Anexo V

Domínios e competências adaptado de
Patrícia Benner

Anexo VI

Sessão de Formação: Algoritmo de SAV

Anexo VII

Sessão de Formação: Articulação da Equipa
de Emergência

Anexo VIII

Norma de procedimento sobre articulação
da equipa de saúde numa emergência

Anexo IX

Incidentes críticos na sala de HD

Anexo X

Avaliação do EC I

Anexo XI

Guia de acolhimento ao utente para
transplante renal

Anexo XII

Folheto Informativo: Sou Transplantado
Protege-me

Anexo XIII

Kit de Material a colocar no quarto do doente
transplantado

Anexo XIV

Avaliação do EC II

Anexo XV

Decreto Regulamentar n.º67/2007 de 29 de
Maio

Anexo XVI

Foto: Acompanhamento de amigos de uma
vítima em morte cerebral

Anexo XVII

Tempo de isquémia fria do rim do dador

Anexo XVIII

Via Verde Transplante no SUC

Anexo XIX

Manual de procedimentos de enfermagem
sobre manutenção do dador de órgãos

Anexo XX

Sessão de Formação: “Intervenções de
Enfermagem na Manutenção de Dadores de
Órgãos”

Anexo XXI

Avaliação EC III

Anexo XXII

Estrutura Taxonómica do Conforto

Anexo XXIII

Casuística de dadores de rim em morte cerebral na Europa em 2009

Anexo XXIV

N.º de indivíduos registados no REENDA em
Portugal

Anexo XXV

Despacho n.º 6537/2007 de 3 de Agosto

Anexo XXVI

Directiva n.º53 do Parlamento Europeu e do
Conselho de 7 de Julho de 2010

Anexo XXVII

Lei n.º12/2009

Anexo XXVIII

Exportação de órgãos: um caso real

Anexo XXIX

Portaria n.º31/2002

Anexo XXX

Impressos para inscrição no REENDA

Anexo XXXI

Lei n.º141/99

Anexo XXXII

Critérios de Morte Cerebral

Anexo XXXIII

Protocolo de diagnóstico de morte cerebral