

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

**TRANSPLANTAÇÃO RENAL: DOAÇÃO,  
MANUTENÇÃO E COLHEITA DE ÓRGÃOS NO  
(POTENCIAL) DADOR EM MORTE CEREBRAL**

**Maria de Fátima Moreira Gonçalves**

**2013**



**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica  
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**TRANSPLANTAÇÃO RENAL: DOAÇÃO,  
MANUTENÇÃO E COLHEITA DE ÓRGÃOS NO  
(POTENCIAL) DADOR EM MORTE CEREBRAL**

**Maria de Fátima Moreira Gonçalves**

**Orientador:** Professora Eulália Novais

**Coorientador:** Enfermeira Rita Reis Carvalho

**2013**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey lines that sweep upwards and to the right, mirroring the style of the ESEL logo.

## **AGRADECIMENTO**

Este relatório resulta de um esforço conjunto; assim expresso o meu agradecimento a todos que direta ou indiretamente para ele contribuíram.

Agradeço de forma muito especial:

À Professora Eulália Novais pela orientação e disponibilidade.

À Enf. Rita Reis pela sua disponibilidade, orientação e incentivo nos momentos de desânimo acreditando constantemente.

Às Enfermeiras Elisabete, Sara e Maria João e ao Dr. Antón pela disponibilidade, orientação, partilha de conhecimento e amizade durante e após os ensinamentos clínicos.

A todos os profissionais das unidades onde efetuei os ensinamentos clínicos pela recepção, disponibilidade e simpatia, fazendo sentir-me como um elemento da equipa.

À Enf. Maria da Cruz por apostar e acreditar.

À equipa do Bloco Operatório pelo apoio e incentivo.

A todos os colegas de especialidade pela partilha e companheirismo.

Aos meus amigos pelo suporte e apoio incondicional, desculpando a ausência continuando presentes.

À minha família pelo amor, suporte e apoio incondicional no decorrer deste percurso.

Ao Paulo e ao Rodrigo por estarem presentes e sempre companheiros.

Dedico este trabalho a todos os doentes renais crónicos, especialmente ao meu pai, irmã e sogro.

**A todos o meu muito obrigado ...**

## RESUMO

A doença renal crónica representa atualmente, um importante desafio para os profissionais de saúde. É uma realidade em expansão verificando-se um crescimento exponencial ao longo dos anos; refletindo-se nos perfis de saúde da população com impacto negativo na qualidade de vida. O transplante renal é considerado o tratamento *Gold Standard* na doença renal crónica, visto como a melhor e mais fisiológica alternativa; confere melhor qualidade de vida; devolve membros produtivos à sociedade e apresenta a melhor relação custo-eficácia. A escassez de órgãos disponíveis para transplante constitui um problema a nível mundial, limitando toda a atividade de transplantação renal. Face a esta verdade é lícito questionar “*Qual o contributo da Enfermagem, na inversão desta realidade?*”, questão central e denominador comum de todo um percurso de aprendizagem.

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com Área de Intervenção Específica - Enfermagem Nefrológica. Além de constituir um momento de avaliação permite: uma visão alargada de crescimento pessoal e profissional em *continuum*, evidenciando competências específicas e diferenciadas nesta área de cuidados; enquadrar conceptualmente a prática de enfermagem; descrever e fundamentar toda uma aprendizagem à luz da análise crítica e reflexiva no decorrer dos ensinamentos clínicos, apresentando atividades e resultados; e descrever o estudo de investigação desenvolvido.

Dá especial atenção à pessoa com doença renal crónica submetido a transplante renal e ao contributo do enfermeiro especialista para o incremento desta atividade, visando a melhoria da qualidade de vida e ganhos em saúde.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Competências, Enfermeiro Especialista, Doença Renal Crónica, Transplantação Renal, Doação de Órgãos

## **ABSTRACT**

Chronic kidney disease is currently a major challenge for health professionals. It has been expanding exponentially over the years, and it's reflected in population health profiles with a negative impact on quality of life. Kidney transplantation is the gold standard treatment in chronic kidney disease, considered the better alternative and more physiological, the one that gives better quality of life; and returns productive members of society and presents as the most cost-effective. The shortage of available organs for transplantation is a worldwide problem, limiting all activity of renal transplantation. Given this fact we question "What is the contribution of Nursing in to reversing this reality?", the central issue and common denominator of a whole learning process.

This Internship Report comes as part of the 3<sup>o</sup> course of Master's Degree in Nursing and Specialization in Medical-Surgical Nursing, with Specific Interventional Area - Nephrologic Nursing. Apart from being an evaluation tool it also allows: an enlarged and in continuum view of personal and professional growth, demonstrating specific and differentiated skills in this area of care; fitting and picture conceptually the practice of nursing; to describe and explain all the acknowledged and learning beyond a critical and reflective analysis during the clinical teaching, presenting activities and results; and to describe the developed research study.

It underlines people with chronic kidney disease undergoing renal transplantation and the contribution of specialist nurses to increase this activity in order to improve the quality of life and health gains.

**Keywords:** Nursing Skills, Specialist Nurse, Chronic Kidney Disease, Kidney Transplant, Organ Donation

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

Ag HBs - Antígeno Hepatite B

APEDT - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação

ASST – Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação

CH – Centro Hospitalar

CHD – Coordenador Hospitalar de Doação

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CR – Coordenador Regional

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Diálise peritoneal

DPA - Diálise peritoneal automática

DPCA - Diálise peritoneal contínua ambulatória

DRC – Doença renal crónica

EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association.

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EVA - Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante

EV - Endovenosa

FAV – Fistula arterio-venosa

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

HCV – Virus da Hepatite C

HD – Hemodiálise

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HLA – Human Leucocyte Antigen ou Antígeno Leucocitário Humano

IPST, I.P – Instituto Português do sangue e da Transplantação

IRCT – Insuficiência renal crónica terminal

LDL - Low Density Lipoprotein

KDOQI - Kidney Disease Outcome Quality Initiative

MAR – Modelo de adaptação de Roy

nd – Sem data

NHS - National Institute for Health and Clinical Excellence

NKF - National Kidney Foundation

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCT – Oficina de Coordinación de Transplantes

ONT - Organización Nacional de Transplantes

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PET – Teste de Equilíbrio Peritoneal.

PIC – Pressão intracraniana

pmp – Por milhão de habitantes

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

RNCCT – Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação.

séc. – Século

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SPT – Sociedade Portuguesa de Transplantação

TFG – Taxa de filtração glomerular

TSFR – Terapia de substituição da função renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCi – Unidade de Cuidados Intermédios

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UTR – Unidade de Transplantação Renal

WHO - World Health Organization

## ÍNDICE

<b>0</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>f. 9</b>
<b>1</b>	<b>FINALIDADE E OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>QUADRO CONCEPTUAL</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Doença Renal Crónica</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Transplantação Renal</b>	<b>22</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Transplantação: Perspetiva Histórica</b>	<b>22</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Transplantação Renal em Portugal</b>	<b>24</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Considerações Sobre o Transplante Renal</b>	<b>25</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Enfermagem no Transplante Renal</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>Referencial Teórico de Enfermagem</b>	<b>27</b>
<b>3.4</b>	<b>Doação, Manutenção e Colheita de Órgãos no (Potencial) Dador em Morte Cerebral</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Ensino Clínico I – Serviço de Nefrologia</b>	<b>32</b>
<b>4.1.1</b>	<b>Unidade de Hemodiálise</b>	<b>33</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Unidade de Diálise Peritoneal</b>	<b>40</b>
<b>4.2</b>	<b>Ensino Clínico II – Oficina de Coordenação de Transplantes</b>	<b>47</b>
<b>4.3</b>	<b>Ensino Clínico III – Serviço de Cirurgia – Unidade de Transplantação Renal</b>	<b>56</b>
<b>4.4</b>	<b>Estudo de Investigação Realizado no Centro Hospitalar</b>	<b>63</b>
<b>4.5</b>	<b>Implicações Éticas</b>	<b>66</b>
<b>4.6</b>	<b>Implicações Na e Para a Prática e Sugestões</b>	<b>67</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>69</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>71</b>

## **ANEXOS**

82

Anexo I – Avaliação Ensino Clínico I – Unidade HD

Anexo II - Avaliação Ensino Clínico I – Unidade DP

Anexo III – Certificado de participação no Encontro Renal 2013

Anexo IV - Avaliação Ensino Clínico II – OCT

Anexo V – Certificado do GCCT

Anexo VI – Certificado de participação no XI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação

Anexo VII - Avaliação Ensino Clínico III – Serviço de Cirurgia – Unidade de Transplantação Renal

Anexo VIII – Questionário do GCCT

Anexo IX – Autorização da Direção de Enfermagem do CH

Anexo X – Certificado Comprovativo de Apresentação do Póster

Anexo XI –Comprovativo de Prémio do Póster

## **APÊNDICES**

109

Apêndice I – Cronograma de Atividades

Apêndice II – Guia de Acolhimento “Viver e Conviver com a DRC”

Apêndice III – Póster “Imunossupressão no Transplante Renal”

Apêndice IV – Sessão de Formação “Manutenção Dos Acessos Venosos”

Apêndice V –Bibliografia de Portefólio “Manutenção Dos Acessos Venosos”

Apêndice VI – Estudo Realizado no Centro Hospitalar

Apêndice VII – Questionário Inicial

Apêndice VIII – Pedido de Autorização à Direção de Enfermagem:Pré-Teste

Apêndice IX – Questionário Final

Apêndice X – Pedido Autorização à Direção de Enfermagem do CH

Apêndice XI – Póster Apresentado no Encontro Renal 2013

## **0 - INTRODUÇÃO**

Numa realidade social cada vez mais diversificada e em constante transição, onde complexidade tecnológica, multiplicidade e imprevisibilidade são tónicas constantes, a Enfermagem não pode manter-se afastada deste percurso; requer inovação, rigor e ousadia na caminhada pela excelência do exercício. Viver em constante transformação exige maior e melhor qualificação. A enfermagem, como profissão do cuidar, tem evoluído redefinindo-se e adaptando-se continuamente às necessidades e exigências crescentes em cuidados de saúde; desenvolvendo múltiplas teorias e consequentes modelos, convergindo no sentido de uma prática avançada, com a finalidade de construir um *core* de conhecimento mais sólido, crítico, reflexivo e científico, com visibilidade na qualidade dos cuidados prestados.

Atualmente, o desafio lançado à Enfermagem para (co) responder a esta realidade é assumir uma identidade própria, afirmando-se enquanto profissão e disciplina detentora de um domínio próprio de conhecimentos. Neste sentido, impõe a todos os profissionais que a integram, dimensões diferenciadas de competências e consciencialização dos deveres enquanto profissional e elemento ativo na sociedade que integra.

Ser enfermeiro, acarreta responsabilidade e exigência face à realidade de cuidados cada vez mais complexos. Enquanto prestador de cuidados, é necessário aprofundar o campo específico do conhecimento em Enfermagem que constitua um princípio orientador determinante na promoção de cuidados de qualidade; pressupõe uma ação tecnicamente competente e uma atitude ética e cientificamente desenvolvida, que determinem, uma eficaz e eficiente resposta na interação, intervenção e satisfação das necessidades ao doente, família e sociedade.

O presente Relatório de Estágio insere-se no plano curricular do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com Área de Intervenção Específica - Enfermagem Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Além de constituir um momento de avaliação; visa analisar crítica e reflexivamente o percurso pessoal e profissional de aquisição e desenvolvimento de

competências específicas em enfermagem nefrológica, com base nos objetivos delineados anteriormente no projeto e desenvolvendo-se em *continuum* e articulação, entre o fazer e a reflexão sobre o fazer.

A formação pós-graduada em Enfermagem, nomeadamente o 2º ciclo de formação assegura uma especialização de natureza profissional. O Estatuto de Ordem dos Enfermeiros (OE) no seu artigo 4º, alínea 3 refere que enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização (...) que lhe reconhece competência técnica, científica e humana para prestar (...) cuidados de enfermagem especializados (...)” (OE,2012, p.15). Nesta linha de pensamento, este relatório tem como referencial o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre vertido na Lei no Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, os Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE) de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011) e as competências padronizadas pela European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) para o enfermeiro de nefrologia (EDTNA/ERCA, 2007).

Enquanto formanda, num percurso de especialização, ao determinar um itinerário de formação, tenho sempre presente, a vontade que este contribua para o desenvolvimento da profissão, reflita a capacidade de dar resposta aos problemas da população e se adequa ao meu contexto profissional, à experiência prévia e preferências pessoais. Assim, na escolha do meu percurso de formação, da temática e âmbito de aplicação do projeto vários fatores contribuíram com ponderação muito forte: (1) o fascínio que sempre tive pela transplantação renal; (2) o contributo que posso trazer a esta área, ao aliar a experiência e conhecimento adquiridos ao longo dos anos, mais especificamente, o facto de integrar a equipa responsável pela colheita de órgãos para transplante e ainda, um outro fator, com ponderação muito forte, (3) toda uma ligação afetiva a esta área de intervenção, experienciada por um trajeto pessoal de vivência (e convivência) com a Doença Renal Crónica (DRC) (pai, já falecido, doente renal em programa de hemodiálise; irmã, doente renal transplantada e sogro, doente renal em programa de hemodiálise). Esta vivência pessoal permite perceber as dificuldades de quem vive com a DRC e como o transplante permite ultrapassar dificuldades, (re) definir objetivos de vida e continuar a sonhar.

Inerente a uma especialização, verificou-se um percurso de desenvolvimento de competências na área da enfermagem nefrológica, que permitem a prestação de cuidados especializados à pessoa com DRC, essencialmente no transplante renal.

A DRC representa atualmente um importante desafio para os sistemas de saúde. É um problema de saúde pública, uma realidade em expansão verificando-se um crescimento exponencial ao longo dos anos, refletindo-se nos perfis de saúde da população e traduzindo-se, num impacto negativo da qualidade de vida e em elevadas taxas de morbi-mortalidade; assim como, consome recursos financeiros, representando um valor considerável do orçamento em saúde. Esta realidade, determina que profissionais de saúde entendam a verdadeira dimensão e magnitude deste problema e o encarem como um desafio a suplantar.

Neste contexto, é lícito questionar qual o papel e o melhor contributo da Enfermagem, na inversão desta realidade diminuindo as implicações da DRC nos perfis de saúde da população e nos sistemas de saúde?

De acordo com a EDTNA/ERCA a DRC “afecta 10% da população mundial, estima-se que cerca de 1,1 milhões de pacientes com IRC terminal necessitam de diálise” (EDTNA/ERCA, 2007, p. 35).

Em Portugal, a evidência epidemiológica demonstra um impacto crescente da DRC, sendo que, a sua prevalência tem vindo a aumentar nos últimos anos, assim como, se verifica uma tendência de crescimento anual da insuficiência renal crónica terminal (IRCT) superior á média dos países da OCDE, apresentando as maiores incidência e prevalência da Europa DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2011). Dados recentes da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), mostram que em 2012, comparativamente aos anos precedentes verifica-se uma diminuição da incidência global de doentes com DRC estadio V a iniciar terapias de substituição da função renal (TSFR) embora a prevalência seja crescente (SPN, 2013).

Se falarmos de DRC, conseqüentemente temos que falar de TSFR. O transplante renal, enquanto TSFR é considerado o tratamento *Gold Standard* pois, é o tratamento com a melhor relação custo-eficácia (DIRETIVA 2010/45/UE); confere melhor qualidade de vida na IRCT (LANDRENEAU, LEE e LANDRENEAU 2010; KIMMEL, COHEN e WEISBOARD, 2008; NIU e LI, 2005; LIEM et al, 2007); possibilitando, por vezes, uma qualidade de vida similar à população em geral

(LANDRENEAU, LEE e LANDRENEAU, 2010; KONTODIMOPOULOS, PAPPA e NIAKAS, 2009); permitindo que se tornem membros produtivos da sociedade (BARTUCI, 2003) e comparativamente com a hemodiálise (HD), no transplante renal, verifica-se melhor qualidade de vida ao nível do desempenho físico, vitalidade, dor e saúde em geral (LIEM et al, 2007) assim como, a nível do relacionamento sexual (TAVALLAI et al, 2009); sendo à HD associada a uma maior taxa de complicações (LANDRENEAU, LEE e LANDRENEAU, 2010).

Face ao exposto, parece legítimo apostar no incremento da transplantação renal, só possível, se houver órgãos disponíveis. A escassez de órgãos constitui um problema a nível mundial, limitando toda a atividade de transplantação renal. A consciência deste problema, determina a união de todos os envolvidos neste processo, para o seu êxito pleno e sustentabilidade, como tal, recomenda-se a promoção de sinergias positivas, através de um trabalho de equipa sem barreiras, com a mesma finalidade e objetivos comuns.

Dados recentes, do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) indicam uma curva decrescente e gradual, do número de dadores de órgãos nos últimos quatro anos, em cerca de 19%; em consequência verifica-se uma diminuição do número de transplantes renais efetuados, com maior expressão no último ano e ao nível do transplante renal de dador cadáver (IPST, nd).

Um estudo efetuado nos Estados Unidos da América, usando dados obtidos do United States Scientific Registry of Transplant Recipients, que permitiu desenvolver um modelo capaz de estimar o impacto da doação *post mortem*, em termos de anos de vida adicional obtida em doentes transplantados *versus* doentes que aguardam transplante; conclui que, um único dador cadáver, quando utilizados todos os órgãos sólidos, em somatório devolve aproximadamente 30 anos de vida útil á sociedade, onde o transplante renal dá 7,2 anos, o que significa que anualmente poder-se-iam obter cerca de 250.000 anos de vida útil se o potencial de doação for maximizado a 100% (SCHNITZLER et al, 2005). Os mesmos autores referem que, face a estas conclusões, a doação de órgãos deve ser considerada um problema de saúde pública.

A Diretiva 2010/45/UE do Parlamento Europeu e do Conselho emana diretrizes na tentativa de dar resposta a este problema, no sentido de, aumentar a disponibilidade e melhorar a qualidade e segurança dos órgãos, melhorar a eficiência e

acessibilidade dos sistemas de transplantação, reduzir os riscos e maximizar os benefícios da transplantação. No seu artigo 12º recomenda que “os profissionais de saúde diretamente envolvidos no processo (...) possuam qualificações adequadas, ou sejam devidamente habilitados e competentes (...) e recebam formação para o efeito (...)” (DIRETIVA 2010/45/UE).

Neste sentido e perante este enquadramento, foi alvo de atenção como projeto de intervenção, a utilização de metodologia científica de investigação, com o objetivo final de, avaliar quais as necessidades de formação e sensibilização dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) sobre a doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral, e projetar um plano de formação. Para além do exposto, esta área é alvo de atenção, pela constatação empírica; no decorrer de toda uma atividade profissional enquanto enfermeira que integra um projeto a jusante da área da transplantação renal, a atividade de colheita de órgãos; da existência ainda, de desconhecimento, constrangimentos e estigmas nesta área de formação e de cuidados.

A investigação reveste-se de grande importância na Enfermagem, constitui o método de excelência na produção, validação e expansão do conhecimento científico. Investigar e problematizar os contextos da prática, equacionando-os, permitem o cruzamento da teoria com a prática, identificar problemas baseados na observação e a sua posterior validação. Segundo a OE (2006, p.1-2) a “investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática (...) e concomitantemente na validação desses saberes (...)”; ideia corroborada por Fortin quando refere “as atividades clínicas que conduzem à definição de problemas de investigação, numa dada disciplina, têm frequentemente a sua origem nos locais da prática” (FORTIN, 2009, p.15).

Assim, emergem as seguintes questões orientadoras da investigação que serviram de matriz e traduzem a problemática do estudo desenvolvido:

**“Quais as necessidades de formação dos enfermeiros das UCI sobre a temática: doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral?” e “Estão os enfermeiros das UCI sensibilizados para a temática da doação e colheita de órgãos para transplante?”.**

Collins refere que, enfermeiros consciencializados para a doação de órgãos têm atitudes positivas, o que aumenta a probabilidade de identificar um dador com

sucesso, menciona a necessidade de programas educacionais que proporcionem o conhecimento, sensibilização e habilidade nesta área de cuidados e aponta que, *deficits* de formação e confiança, em questões que envolvam a doação de órgãos, podem reduzir o número de doadores disponíveis e conseqüentemente o aumento das listas de espera para transplante (COLLINS, 2005).

Neste sentido, pretendo que este relatório espelhe o percurso de aquisição de competências no âmbito da enfermagem nefrológica e mais especificamente na área da transplantação renal; o contributo para o incremento desta atividade, visando a melhoria da qualidade de vida do DRC e ganhos em saúde; retrate as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de ensino clínico e estratégias implementadas na promoção do processo ensino/aprendizagem; e permita uma autoavaliação baseada na reflexão crítica face aos objetivos traçados, percurso desenvolvido, sua aplicação na prática e implicações éticas e sociais. A sua sistematização e estruturação possibilita uma sequência em que cada um dos capítulos sirva de fio condutor aos capítulos subsequentes. Os capítulos *Finalidade e Objetivos* e *Metodologia* abordam os objetivos de formação e objetivos delineados para os ensinamentos clínicos e a justificação da escolha dos diferentes campos de estágio, a metodologia usada na pesquisa bibliográfica e instrumentos utilizados para a consecução dos objetivos. O capítulo *Quadro Conceptual* aborda temas e conceitos que resultam de uma pesquisa da literatura e fortalecem a contextualização, clarificação e compreensão do tema. No capítulo *Atividades Desenvolvidas e Resultados* é efetuada uma descrição exaustiva das atividades desenvolvidas, momentos significativos de aprendizagem e resultados obtidos em termos de aquisição de competências, englobando um resumo do estudo de investigação efetuado; assim como aspetos éticos envolvidos e implicações na prática de cuidados. Finalmente, o último capítulo *Conclusão* permite uma sinopse do tema e percurso de aprendizagem.

Na sua estrutura, citações e referências bibliográficas foi utilizada a norma portuguesa NP 405 (ISO690) (ESEL, 2011).

## 1 – FINALIDADE E OBJETIVOS

Traçar o caminho que se pretende seguir, num percurso de aprendizagem, exige partilha e reflexão elencados em interesses profissionais e pessoais, necessidades sentidas, objetivos de formação e consciência que a aprendizagem não é estanque, mas acontece num *continuum*; é crucial definir um *core* curricular e reconhecer a importância e investimento do processo formativo enquadrado num projeto global de melhoria da Enfermagem e das Organizações com projeção na qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de competências é efetuado nas dimensões cognitivas, técnicas e relacionais, a sua idoneidade presume um fio condutor que oriente o processo e transforme a experiência em aprendizagem.

Benner, baseada no modelo de Dreyfus de aquisição de conhecimentos, apresenta todo um ciclo de desenvolvimento de competências, estratificadas em categorias sucessivas que os enfermeiros atravessam até um nível de aptidão para a prestação de cuidados de excelência; onde defende que, estas ocorrem de forma gradual, com limitação temporal e são condicionadas pelas características individuais de cada um e pelos diferentes contextos, onde este se desenvolve profissionalmente (BENNER, 2001).

Nesta linha de pensamento, os objetivos traçados articulam-se e são condicentes com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nos seus quatro domínios: (1) Responsabilidade ética e legal, (2) Melhoria contínua da qualidade, (3) Gestão dos cuidados e (4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010); com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, que estabelece como especificidades de intervenção: (1) Cuidar de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; (2) Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (OE, 2011) e em concordância com as

competências recomendadas pela EDTNA/ERCA para o enfermeiro de nefrologia, em traços gerais definidas como: Contribuir como membro hábil e responsável da equipe multidisciplinar, promovendo o seu desenvolvimento e construindo uma relação de parceria não só com a equipa, mas estendendo-a aos doentes e familiares/cuidadores; prestar o melhor cuidado possível aos doentes e seus familiares/cuidadores, empenhando-se na educação, prevenção e reabilitação; intervir como agente de mudança promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes com doença renal crónica (EDTNA/ERCA 2007).

Assim, com base no explanado, são definidos como objetivos:

- (1) Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa com DRC e sua família, numa perspetiva holística, ao longo do seu ciclo vital, aos vários níveis de prevenção e em diferentes contextos de cuidados.
- (2) Intervir como especialista de forma a criar condições que garantam a qualidade dos cuidados prestados, impulsione uma política de melhoria contínua e de formação profissional nas diferentes equipas que prestam cuidados de saúde aos indivíduos, grupos e comunidades de forma a obter ganhos em saúde.
- (3) Assumir o papel de dinamizadora na construção, validação e divulgação do conhecimento científico, na pessoa com doença crónica, na área de intervenção em Enfermagem Nefrológica.

Ressalvo que, estes objetivos são transversais a todo o meu percurso de formação, enquanto enfermeira especialista e mestre. Na sua validação importa referir como contributos, o conhecimento adquirido nas várias unidades curriculares, permitindo uma enfermagem avançada, integrar a investigação na prática e alterar a visão de generalista para uma visão de especialista, assim como, o saber a vários níveis, conquistado ao longo de todos os ensinamentos clínicos.

## 2 - METODOLOGIA

Para a concretização deste relatório foi adotada como metodologia de trabalho: a revisão bibliográfica e a descrição e reflexão sobre situações de cuidados nos ensinos clínicos, baseadas numa aprendizagem e desenvolvimento em *continuum* de aquisição de competências.

A revisão bibliográfica foi efetuada com base em bibliografia de referência na área de cuidados da enfermagem nefrológica, com recurso a: bases de dados científicas; CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, *MedicLatina*, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, no *site* da OE, balizada entre os anos 2000 e 2013 e utilizando os seguintes descritores: *nursing, nursing care, nursing knowledge, nursing education, brain death, organ donation, kidney transplantation e chronic kidney disease*; aos motores de busca *GOOGLE* e *GOOGLE ACADÉMICO*, essencialmente para consulta de *sites* que permitem a obtenção de dados estatísticos recentes, *guidelines* e legislação pertinente e às bibliotecas da ESEL e do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) para pesquisa de artigos ou manuais da especialidade. Esta revisão bibliográfica permitiu não só, contextualizar, dar suporte e fundamentar a problemática em estudo, mas também, todo o conteúdo deste relatório.

A realização dos ensinos clínicos dá cumprimento ao projeto efetuado no segundo semestre, realizado no sentido de construir a estrutura e desenho de um percurso de aquisição de competências, inserido no ciclo de estudos condicentes com o preconizado para a vertente da enfermagem nefrológica. A formação centrada na aquisição de competências pressupõe um processo de construção ativo, assente na mobilização de recursos a vários níveis e adoção de metodologias que permitam complementaridade e interatividade entre o saber teórico e o saber prático. Em traços gerais, a competência está associada ao domínio profissional que pressupõe, o grau de diferenciação e capacidades, aliados à dimensão do conhecimento e a sua tradução na prática; e também a características pessoais, decorrentes de traços da personalidade, que se exprimem nos comportamentos e atitudes. Perrenoud assume competência como “faculdade de mobilizar recursos cognitivos para

enfrentar um tipo de situações” (PERRENOUD, 2000, p.15), sendo validada de acordo com os contextos, recursos mobilizados, conhecimentos teóricos e metodológicos, atitudes e *savoir-faire* aplicados em tempo real (PERRENOUD, 2000). Por seu lado, para Le Boterf (1995), citado por ABREU (2001, p.106) competência “pressupõe a existência de um *continuum* que dá sentido à sucessão dos atos e a ideia de *uso do saber*.”

Neste sentido, o ensino clínico representa uma vertente de formação fundamental na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas articuladas com e à prática clínica com congruente aplicação do conhecimento, entendido na minha perspetiva como, o “ponto de partida”. RUA (2011) refere que o ensino clínico pode ser entendido como “período de formação em que o aluno adquire os *saberes de enfermagem*, (...) passíveis de ser transmitidos apenas de forma teórica, carecendo sempre de vivências na prática clínica”, para a sua total compreensão (RUA, 2011, p.55). No âmbito da formação pós graduada, surge como unidade de fusão entre as várias unidades curriculares e a prática, traduzindo todo um universo de conhecimentos apreendidos com potencial de aplicação e demonstrados com flexibilidade e criatividade; é imprescindível na aquisição de novas competências experienciando novos caminhos, desafios e oportunidades de formação; assim como, representa um reforço para a construção da identidade de um enfermeiro, permite um alargar e consolidar de conhecimentos e o validar da experiência adquirida ao longo de todo um percurso profissional.

Na seleção das Instituições onde realizei os ensinamentos clínicos, tive sempre presente como premissas: darem resposta aos objetivos traçados, permitisse expandir o conhecimento e serem referência na área onde incide a minha formação.

Neste sentido, após um trabalho de campo prévio, privilegiei um hospital público, inserido num Centro Hospitalar (CH) da Região de Lisboa, com historial e reconhecido como modelo, na área da nefrologia e da transplantação renal a nível regional e nacional. Este hospital permitiu uma ampla oportunidade de formação em Enfermagem Nefrológica por apresentar uma organização bem estruturada de cuidados ao doente nefrológico, onde, desde a referenciação para a primeira consulta de nefrologia, até uma fase mais avançada, permite um acompanhamento progressivo com todo um conjunto de recursos técnicos necessários e profissionais de excelência. Assim, os ensinamentos clínicos foram estabelecidos de forma a permitir

uma sequência ordenada de contacto à pessoa com DRC. Neste hospital foram realizados os ensinamentos clínicos I e III respetivamente nos serviços de nefrologia - unidades de hemodiálise e diálise peritoneal e cirurgia/unidade de transplantação renal com passagem pela consulta de transplantação renal.

A vontade de exercer Enfermagem “além-fronteiras”, de experienciar realidades de cuidados em contextos socioculturais diferentes e a busca de referências de excelência sobre o “estado da arte” e avanços num contexto de doação, colheita de órgãos e transplantação renal, foram o mote para a realização de um ensino clínico num outro país. Neste sentido, a escolha recaiu sobre Espanha porque, nos últimos anos, tem demonstrado um trabalho notável nas áreas da doação/ colheita de órgãos e transplantação renal, reconhecido como uma referência a nível mundial. Assim, o ensino clínico II foi realizado na Oficina de Coordinación de Transplantes (OCT) de um hospital da província de A Coruña - Comunidade Autónoma da Galiza, que tem implementado um programa com visibilidade e ótimos resultados nesta área de cuidados.

Os ensinamentos clínicos realizaram-se durante um período de 18 semanas, com início em Outubro de 2012 e término em Fevereiro de 2013, em regime 25 horas de horário semanal, num total de 500 horas de contacto na prestação de cuidados à pessoa com DRC. A sequência dos ensinamentos clínicos realizados foi intencional, dirigidos de forma a abranger todo o circuito de cuidados à pessoa com DRC.

Para cada um dos ensinamentos clínicos foram traçados objetivos específicos adaptados à realidade, especificidade, complexidade e contexto de cuidados de cada unidade, ao meu estadió de aprendizagem e de acordo com o conhecimento específico que tenho nas diferentes áreas, mas também, aos meus interesses de formação. Assim como objetivos, são determinados: (1) Integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço. (2) Contribuir para o desenvolvimento da equipa multidisciplinar integrando projetos de formação já existentes e/ou inovando. (3) Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa com DRC em programa de HD. (4) Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa com DRC em programa de diálise peritoneal (DP). (5) Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa com DRC que vai ser e/ou foi submetido a transplante renal. (6) Conhecer e

compreender a realidade de Espanha, no que se refere, aos programas de transplantação renal e de doação e colheita de órgãos.

Sendo que, o primeiro objetivo é transversal a todos os ensinios clínicos, o segundo objetivo é transversal aos ensinios clínicos I e III e os restantes individualizados por cada unidade e especificidade de cuidados.

No cumprimento destes objetivos estão associadas, atividades, metodologias e recursos descritos ao pormenor no capítulo *Atividades Desenvolvidas e Resultados*, e apresentadas em cronograma (APÊNDICE I); no entanto sumariamente refiro, a observação *in loco* dos contextos e realidades, a recolha de dados de forma sistemática, a pesquisa bibliográfica e consulta de peritos nas diferentes áreas de intervenção, a prestação direta de cuidados utilizando a investigação, a reflexão e a comunicação como instrumentos de trabalho, a educação para a saúde/ ensinios, a construção de manuais e portefólios de informação e a formação de pares.

A prestação direta e análise reflexiva das situações de cuidados são suportadas por um referencial teórico adequado à Enfermagem Nefrológica. Neste sentido, o modelo teórico adotado é o desenvolvido por Callista Roy - *Modelo de Adaptação de Roy* (MAR), pois permite enquadrar a *práxis* da Enfermagem nas várias vertentes de cuidados à pessoa com DRC, no seu percurso de doença, onde o eixo central de cuidados, é a “pessoa” e o seu processo de adaptação.

A utilização de metodologia científica de investigação tem por base a realização de um estudo no CH, vou inclui-la no capítulo *Atividades Desenvolvidas e Resultados*, considerá-la uma atividade desenvolvida em separado, transversal ao período que medeia os ensinios clínicos e a transcrição do relatório e denominá-la *Estudo de Investigação Realizado no CH*.

### **3 – QUADRO CONCEPTUAL**

A função do quadro conceptual é dar suporte a um determinado tema; fase crucial em qualquer trabalho académico, pois confere substrato ao conteúdo, deixando este de ser resultado de mera especulação ou conhecimento empírico.

#### **3.1 - Doença Renal Crónica**

A DRC é caracterizada pela deterioração progressiva e irreversível da função renal. A National Kidney Foundation (NKF) através do grupo de trabalho Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI), que tem como missão, desenvolver uma abordagem global da DRC para diminuir a epidemia, publicou um documento que define, classifica, estratifica, e oferece linhas orientadoras (*guidelines*) na abordagem da DRC. Assim, a DRC é definida mediante a presença ou ausência de dano renal e do nível da função renal, independentemente do tipo de diagnóstico, utilizando-se os seguintes critérios: (1) Lesão presente por um período igual ou superior a 3 meses, definida por anomalias estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), manifestadas por anomalias patológicas ou marcadores de lesão renal, (2) TFG <60 ml/mim/1.73m<sup>2</sup> por um período igual ou superior a 3 meses, com ou sem lesão renal (NKF, 2002). Partindo destes critérios, e de acordo com a TFG, a DRC é estratificada em 5 níveis ou estádios, classificados de 1 a 5 mediante a gravidade da lesão renal.

A gravidade da lesão determina também, o tratamento a implementar, sendo que num estágio terminal da doença, pela falência da capacidade do rim de realizar a sua função de filtração e excreção requer TSFR; esta é materializada em quatro modalidades alternativas: a HD, a DP, o tratamento conservador e o transplante renal (DGS, 2011).

O aumento da DRC é multifatorial, comumente associada ao envelhecimento populacional, porém outros fatores potencializam o seu aparecimento, como sejam: a diabetes, a hipertensão arterial, a doença cardiovascular (EDTNA/ERCA, 2007; NKF, 2002). Em Portugal a idade média de doentes em HD e DP é de 65,9 anos e a diabetes representa uma fatia substancial da etiologia das DRC nos doentes

prevalentes (27,5%) e incidentes (31,8%) em programa de HD e DP (SPN, 2013).

## **3.2 - Transplantação Renal**

O transplante renal é visto como a terapia de eleição, a melhor e mais fisiológica alternativa no tratamento da IRCT (KARMARKAR e NATARAJAN, 2012), sendo “a modalidade terapêutica que faculta uma melhor qualidade de vida e uma maior esperança de vida” (DGS, 2011, p.22), com vantagens para o doente, família e sociedade, “liberta o doente das dificuldades práticas e psicológicas e restrições da diálise prolongada” (FRANKLIN, 2005, p.364). Como vantagens major, associadas ao transplante renal podem referir-se: a reversão de alterações fisiológicas associadas à IRCT, com melhoria dos sintomas urémicos, pela normalidade da função renal; o fim da dependência decorrente da diálise e das restrições dietéticas e hídricas; a possibilidade de recuperar uma atividade de vida normal (incluindo o emprego) e é uma TSFR mais económica que a diálise após o primeiro ano e com taxas de sobrevivência superiores à diálise (BARTUCCI, 2003; ANDANY e KASISKE, 2003; DIRETIVA 2010/45/UE; DGS, 2011).

### **3.2.1 - Transplantação: Perspetiva Histórica**

Hoje em dia a transplantação generalizou-se a nível mundial, aumentando em *continuum* nas últimas décadas; este pequeno *flash* histórico permite contextualizar esta perspetiva.

Excluindo a lendária transplantação de um membro, atribuída ao milagre de São Cosme e São Damião, no séc. III, os primórdios da transplantação remetem-nos para o séc. XIX, quando são descritas as primeiras práticas de enxertia no reino animal (LINHARES FURTADO, 2006). No início do séc. XX Alexis Carrel e outros desenvolveram os princípios básicos da cirurgia vascular, intimamente ligada à concepção das várias técnicas da transplantação de órgãos, aplicadas exclusivamente a título experimental. Este desenvolvimento veio corroborar o descrito anteriormente (no séc. XVIII), por John Hunter, que referia a importância do suporte sanguíneo no êxito da transplantação (CENTRO DE HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL, nd; LINHARES FURTADO, 2006). No período que medeia estes achados, a referir os contributos de Emerich Ullmann, ao realizar

uma série de experiências com auto, alo e xenotransplantação e Landsteiner ao descrever o sistema ABO (CENTRO DE HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL, nd). Somente na década de 50, se transpôs este conhecimento para a prática efetiva em humanos. O primeiro êxito sustentado na história da transplantação, foi o transplante renal realizado em 1954 entre gêmeos idênticos e considerado um dos milagres médicos do séc. XX, em que na base deste sucesso, esteve a percepção prévia de compatibilidade e rejeição (MORRIS, 2004). Paralelamente desenvolvia-se a imunologia da transplantação, afirmada em 1958, com a descoberta do primeiro antígeno do sistema HLA (Human Leucocyte Antigen) por Jean Dausset (LINHARES FURTADO, 2006). O passo seguinte, mas decisivo, para o “alargamento da transplantação renal” foi a “modificação imunológica do receptor”, conseguido com a descoberta e introdução da terapêutica imunossupressora (LINHARES FURTADO, 2006, p.156); esta, permitiu a diminuição do número de rejeições e o aumento da vida média do enxerto, ampliando a esperança de vida do receptor (SOUSA, 2006). Após várias tentativas vãs, chegou-se ao que viria constituir “o cerne da imunossupressão em transplantação de órgãos até a década de 80”, a associação da Azatriopina com a Prednisolona (LINHARES FURTADO, 2006, p.156). Em 1963 Thomas Starzl e colaboradores apresentam ao mundo da ciência, sua experiência de uma série de 25 transplantes de rim, efetuados a partir de doadores vivos e 2 doadores cadáveres, com resultados excelentes (LINHARES FURTADO, 2006).

A par deste marco histórico, outros fatores colaboraram para a expansão da transplantação a nível mundial até aos dias de hoje: (1) O aparecimento do conceito *coma dépassé* (mais tardiamente denominada morte cerebral), que desencadeou “discussões” em torno deste conceito e desafios éticos e legais, possibilitando a sua conceptualização, metodologia diagnóstica e enquadramento legal, e efetivação de colheita de órgãos em cadáveres e o seu uso na transplantação. (2) Os progressos no âmbito da preservação de órgãos, que permitiram, com segurança, aumentarem os tempos de isquémia dos órgãos. (3) A evolução e aperfeiçoamento na técnica cirúrgica, permitindo uma redução gradual dos tempos operatórios, da isquémia quente e conseqüente viabilidade dos órgãos. (4) As conquistas no conhecimento na área da imunologia, nomeadamente: na seleção do melhor receptor, no desenvolvimento de anticorpos antilinfocíticos; a descoberta de novos programas de

imunossupressão com menor risco e mais eficácia, considerado como o salto qualitativo e quantitativo na história da transplantação aliada aos progressos contínuos no conhecimento, prevenção e tratamento de complicações (SOUSA, 2006; LINHARES FURTADO, 2006).

### **3.2.2 - Transplantação Renal em Portugal**

A transplantação renal em Portugal tem um passado recente. Em 20 de Julho de 1969 (no mesmo dia em que o Homem pisava, pela primeira vez, o solo lunar), foi realizado o primeiro transplante renal nos Hospitais da Universidade de Coimbra pelo Prof. Linhares Furtado, transpondo porém, uma série de dificuldades: a hemodiálise ainda pouco difundida, incipiente e com limitações técnicas; a inexistência de qualquer Centro de Histocompatibilidade sendo necessário recorrer a um centro francês que preparou o principal imunossupressor, e a ausência de legislação sobre o assunto, ultrapassada pelo recurso a Juristas que emitiram um parecer favorável à realização da cirurgia (MOTA, 2000; LINHARES FURTADO, 2006). Embora constitua um marco na transplantação renal em Portugal, o resultado negativo e conseqüente perda do enxerto ditou o “abandono” deste projeto, reiniciado anos mais tarde, em 1980, desta feita, de carácter definitivo. O espaço temporal que mediou estas duas épocas permitiu a implementação de uma série de medidas que tornaram possíveis a implementação de programas de transplantação como sejam: a publicação de legislação regulamentadora da colheita e transplantação de órgãos iniciada com o DECRETO-LEI Nº 553/76 de 13 de julho, a constituição dos Centros de Histocompatibilidade e a cobertura nacional por uma rede de centros de hemodiálise (MOTA, 2000).

A primeira colheita de rins em dador cadáver foi realizada em Coimbra, em 1980 nos HUC pelo Prof. Linhares Furtado, sendo um dos rins transplantado neste mesmo hospital e o outro transplantado no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em Lisboa, ambos efetuados com sucesso (LINHARES FURTADO, 2006). Nos dias de hoje, a nível nacional, vários Centros de Transplantação efetuam este procedimento com sucesso e com excelentes resultados.

Dados da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT), dizem-nos que até ao final de 2011, realizaram-se um total de 9809 transplantes de rim, sendo a maioria

efetuados a partir de dador cadáver, verificando-se, ao longo das décadas, uma evolução favorável a nível de sobrevivência dos doentes e enxertos (SPT, 2012).

Em Portugal, estão em vigor dois programas na área da transplantação renal: o programa de transplantação renal com dador vivo, que inclui o programa de doação renal cruzada (PORTARIA Nº 802/2010) e o programa de transplantação renal com dador cadáver (DESPACHO Nº 6537/2007).

### **3.2.3 - Considerações Sobre o Transplante Renal**

O transplante renal é uma TSFR, que consiste na implantação no abdómen, normalmente na fossa ilíaca, de um rim saudável, proveniente de um dador vivo ou dador cadáver, permitindo a re aquisição da função renal. As anastomoses das artéria e veia renais são efetuadas nas artéria e veia ilíacas e o uréter é implantado na parede lateral da bexiga (GRITSCH e ROSENTHAL; 2001).

Para se efetivar o transplante é necessário o candidato efetuar a sua inscrição numa unidade de transplantação, onde é efetuado todo um estudo que inclui historial de doença, avaliação física e psicológica, que permitem, conhecer o perfil do candidato e excluir contraindicações ao transplante. Após esta avaliação o candidato é colocado em lista de espera e é-lhe atribuído um grau de urgência clínica; ao mesmo tempo é efetuado um estudo imunológico para determinar a melhor compatibilidade, sendo que, nesta questão é requerido apresentar cumulativamente com o dador compatibilidade no sistema ABO, no sistema Rh e *crossmatch* antilinfocitário negativo (DESPACHO Nº 6537/2007).

Um dos grandes desafios e fator preditivo de sucesso do transplante é adequar a cada doente a dose ideal de terapêutica imunossupressora, capaz de prevenir a rejeição, com pouco risco de infeção e efeitos adversos. Os protocolos utilizados são variados, mas incluem a associação de imunossupressores que atuam em diversas etapas das reações imunológicas. Comum a todos os protocolos é a utilização de doses elevadas numa fase inicial, diminuindo progressivamente para níveis de manutenção (MACHADO et al, 2004; LINHARES FURTADO, 2006).

Apesar de toda uma evolução favorável, a transplantação apresenta complicações clínicas ou cirúrgicas e induz novos problemas; a referir: a rejeição aguda ou crónica do enxerto; a infeção e complicações associadas ao uso da terapêutica imunossupressora (SOUSA, 2006; ANDANY e KASISKE, 2003). A rejeição aguda

ocorre nos primeiros 6 meses após transplante e está associada, imediatamente após o transplante, à trombose do enxerto renal, ou mais tardiamente à compatibilidade do sistema antigénio leucocitário humano (HLA) e aos esquemas de imunossupressão (SOUSA, 2006). A rejeição crónica ocorre ao fim de meses ou anos pós transplante, verificando-se uma perda gradual da função renal, por mecanismos de origem imunológica e não imunológica (FRANKLIN, 2005). A etiologia da infeção, é multifatorial, mas está associada ao *deficit* imunitário pela imunossupressão, podendo ser de origem bacteriana, vírica ou fúngica, ocorrer numa fase inicial (infeções nosocomiais e/ou oportunistas) ou mais tardiamente (SOUSA, 2006; FRANKLIN,2005). Para além dos descritos, nos doentes transplantados renais verifica-se uma tendência para o desenvolvimento da diabetes, hipertensão arterial, hiperlipidémia, depressão medular, hepatotoxicidade e neoplasia da pele (ANDANY e KASISKE, 2003).

#### **3.2.4 - Enfermagem no Transplante Renal**

A abordagem do doente renal transplantado requer da enfermagem um olhar sensível, impõe a mobilização de um conjunto competências para corresponder às necessidades de um doente, que vive um misto de incerteza e esperança. Esta subjetividade, “presenteia” o enfermeiro com uma multiplicidade de desafios e oportunidades em termos de intervenções, requer um perfil de competências, que vá muito além do domínio da técnica e do conhecimento científico; exige cuidado diferenciado, disponibilidade, envolvimento emocional, ética e a capacidade de articular todo um conjunto de saberes próprios da profissão, para (co)responder ao máximo às respostas que cada pessoa mobiliza num processo de adaptação, não se restringindo o cuidar, apenas à dimensão biológica.

As intervenções de enfermagem são planeadas de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados e incluem todas as fases da experiência cirúrgica (MURPHY, 2007 a). O papel do enfermeiro vai muito além da preparação física comum a qualquer procedimento cirúrgico major; vigilância no pré, intra e pós operatório e acompanhamento no pós alta. Importa referir a sua ação enquanto conselheiro, educador, minimizador do stress e ansiedade e facilitador das aprendizagens. A educação constitui uma estratégia de intervenção que, em muito contribui para o sucesso do transplante, sendo a pedra angular no cuidado ao

doente transplantado (MURPHY, 2007 b); o programa de ensino e orientação deve iniciar-se no pré transplante, mas continuar no pós transplante, requer informações precisas, para decisões isentas de dúvidas e incertezas e respostas positivas no processo de adaptação à nova realidade.

Resumidamente o programa de ensino deve focar essencialmente aspetos como: (1) hábitos saudáveis de vida, a importância da alimentação equilibrada, ingestão hídrica e do exercício físico; (2) regime terapêutico, com especial atenção para a terapêutica imunossupressora, a sua importância, riscos e complicações; (3) programas de vigilância contínua, que inclui a auto avaliação de sinais vitais, débito urinário e peso, e a adesão às consultas planeadas; (4) complicações do transplante e identificação de sinais de alerta e de risco; (5) recursos disponíveis (MURPHY, 2007 b).

### **3.3 - Referencial Teórico de Enfermagem**

A utilização de um referencial teórico no processo de cuidar subsidia a Enfermagem com uma linguagem própria, convergindo no sentido de uma prática avançada e sustentada num processo interativo, contribuindo para o cuidado integral e humanizado, valorizando a complexidade e subjetividade de cada pessoa; assim como, a inclusão de um modelo orientador na prática, confere visibilidade e credibilidade à profissão.

A pessoa com DRC vivencia um processo de adaptação e readaptação constante desde o momento em que lhe é diagnosticada a doença, o MAR permite enquadrar o conceito de adaptação na *práxis* da Enfermagem onde, eixo central é a “pessoa”, e o seu processo de adaptação. ROY e ANDREWS (2001, p.16) consideram a adaptação como “um ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa em responder positivamente numa dada situação”; requer mecanismos, estratégias e atitudes destinados a encontrar soluções numa situação de instabilidade e/ou perturbação; compreende uma interação constante entre solução, nível de adaptação e trabalho de reorganização, desenvolvendo-se num *continuum* (ROY e ANDREWS, 2001).

Este modelo, envolve pressupostos essenciais em que a pessoa é entendida como “um sistema holístico adaptável” (ROY e ANDREWS 2001, p.19), numa relação simbiótica com o meio ambiente, onde, o processo de adaptação é influenciado

pelos estímulos que este emite. Saúde e doença são dimensões inevitáveis do ser humano e a meta da Enfermagem, é contribuir para o objetivo global dos cuidados, a promoção da saúde, onde, o profissional de enfermagem identifica problemas e “induz” a mobilização de recursos para os enfrentar, com vista á adaptação integral (ROY e ANDREWS, 2001).

Na base de cuidados de excelência encontra-se a avaliação global da situação de saúde da pessoa; os diagnósticos de enfermagem são estabelecidos a partir da avaliação do estado de adaptação da pessoa às suas situações de vida tendo em conta, os comportamentos e respostas. Neste modelo estes podem ser observadas e/ou avaliadas alterações de adaptação nos modos: fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência. O modo fisiológico consiste na adaptação fisiológica do organismo a determinado estímulo, refere-se a dados objetivos e mensuráveis. O modo de autoconceito, reporta-nos para os aspetos psicológico e espiritual da pessoa, cuja necessidade básica subjacente é a integridade psíquica, a identificação de alterações a este nível é fundamental pois o autoconceito dirige o comportamento. O modo de função na vida real submete-nos para o papel que cada um desempenha na sociedade, padrão de interação social da pessoa com os outros, determinando posição e desempenho. O modo de interdependência incide sobre as interações relacionadas com os afetos (ROY e ANDREWS, 2001).

### **3.4 - Doação, Manutenção e Colheita de Órgãos no (Potencial) Dador em Morte Cerebral.**

É indiscutível o desenvolvimento e progresso da ciência e da técnica para um maior bem-estar da humanidade. As fronteiras são estabelecidas pela ética, que deverá caminhar lado a lado com a ciência, no sentido de norteá-la para propósitos de interesse do ser humano, nomeadamente no respeito pela vida, dignidade e saúde.

A complexidade que medeia a utilização de órgãos para transplante requer legislação e uniformização de procedimentos. Neste sentido toda a atividade relacionada com a área da colheita e transplantação, é regulada com base em diretivas internacionais, transpostas para a Lei Portuguesa, sendo o IPST, I.P a entidade responsável por fiscalizar e garantir a qualidade e segurança de todos os procedimentos relacionados com a doação, colheita e transplantação de órgãos. O IPST, I.P é um organismo central, integrado no Ministério da Saúde, com jurisdição

em todo o território nacional; dotado de autonomia técnica, administrativa, financeira e património próprio (DECRETO-LEI Nº 39/2012); mas que exerce a sua atividade em complementaridade com a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação (RNCCT). A RNCCT integra os Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT), estruturas autónomas, dotadas de recursos humanos especializados na área da coordenação de colheita e transplantação e os Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD) (PORTARIA Nº357/2008), atuando em articulação e complementaridade e são responsáveis por todo um “trabalho de bastidores” no desenrolar do processo de colheita de órgãos.

O primeiro passo do processo é a identificação e referenciação do potencial dador em morte cerebral. Esta pode ocorrer, na chegada do doente neurocrítico à urgência ou em qualquer unidade de internamento, numa instituição de saúde, em que se verifique a degradação progressiva da função neurológica que culmine numa situação de morte cerebral. No processo de referenciação, a enfermagem pode evidenciar um papel decisivo, com consciencialização do seu valor e atitudes positivas pró doação (COLLINS, 2005).

O tema “morte cerebral” possui hoje em dia uma conceptualização, metodologia diagnóstica e enquadramento legal bem definidos, não havendo atualmente controvérsia significativa do ponto de vista da ciência, da religião ou da ética. Em Portugal a Declaração da Ordem dos Médicos legisla as condições prévias, critérios e metodologia de certificação de morte cerebral, sendo esta definida como “cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, Nº 235/94). Esta declaração determina a exigência de dois conjuntos de provas de morte cerebral, onde as segundas atestam as primeiras. Após a certificação da morte cerebral à uma alteração da nomenclatura, onde o *potencial dador* passa a designar-se de *dador*. Assim, são dadores “todos os cidadãos que não tenham declarado a sua oposição à doação *post mortem*”, ou seja, não se encontram inscritos no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (LEI Nº22/2007); sendo aplicando o princípio do consentimento presumido.

PEARSON et al (2001) e INGRAM, BUCKNER e RAYBURN (2002) referem que, o conceito de morte cerebral é difícil de entender para a família<sup>1</sup>, e atribuem à

---

<sup>1</sup> O termo engloba a família e/ou pessoa significativa

enfermagem, quando detentores do conhecimento adequado, o papel facilitador na sua clarificação e explicação da realidade da situação à família. Por outro lado, RIOS et al (2005) referem que, o desconhecimento deste conceito, induz um quadro erróneo e concepções negativas na doação de órgãos. KIM, FISHER e ELLIOTT (2006), identificaram fatores negativos evidenciados pelos enfermeiros, que interferem na clarificação deste conceito, como sejam: a aceitação da conceptualização da morte cerebral, a possibilidade de erro de diagnóstico e a remoção de órgãos antes da paragem cardíaca como violação dos direitos humanos; FLODÉN e FORSBERG (2009) acrescentam que atitudes próprias dos enfermeiros influenciam a percepção da família negativa e positivamente, apontando; a incerteza e inquietação; a morte cerebral descrita como antinatural e fator preditivo de insucesso; a visão da morte como uma nova oportunidade e as diferentes perspetivas do ser humano como um ser único, indivisível ou corpo e mente separados.

A manutenção do (potencial) dador requer uma abordagem adequada, solicita o conhecimento da fisiopatologia da morte cerebral, entendido como um processo complexo com repercussões a vários níveis. A elevação progressiva da pressão intracraniana (PIC) numa fase inicial determina hiperatividade simpática, designada habitualmente como tempestade simpática ou autonómica, que desencadeia um quadro de hipertensão arterial grave transitória e disfunção cardiovascular que acompanham o processo de herniação do tronco cerebral. Numa segunda fase, há perda de tónus, decorrente da destruição de estruturas vasomotoras centrais, que induz uma profunda redução da descarga simpática e condiciona hipotensão marcada e conseqüente hipovolémia, acompanhada de alterações do sistema regulador da temperatura, alterações hormonais e endócrinas (diabetes *insípida* e hipernatrémia), distúrbios hidroeletrólitos e no equilíbrio ácido-base e disfunção do mecanismo regulador da coagulação (MAGALHÃES; SANCHES e PEREIRA, 2004; HURTADO e VALERO, 2007; FLOERCHINGER; OBERHUBER e TULLIUS, 2012; THOMSON e McKEOWN, 2012).

A compreensão de todo este processo é essencial na prestação de cuidados diferenciados; neste sentido, a manutenção do dador em morte cerebral está entre os grandes desafios enfrentados pelas equipas que atuam em urgência e cuidados intensivos. Requer do enfermeiro, conhecimento, técnica e sensibilidade para um

cuidar altamente qualificado, pois implica tanto questões éticas, morais e legais como aspetos afetivos que envolvem o reconhecimento deste doente inserido numa família em situação de crise, família esta, que requer cuidados extra de suporte emocional.

Neste sentido, na manutenção, os cuidados de enfermagem centram-se em duas esferas, (1) o (potencial) dador, onde é primordial otimizar todas as alterações fisiopatológicas decorrentes da morte cerebral com o objetivo principal de manter uma perfusão adequada dos órgãos e (2) a família do dador, o enfermeiro como elo de ligação e facilitador na gestão da informação e emoções, apoiando-a e ajudando-a no processo de luto. COLLINS (2005) menciona, como barreiras na abordagem à família, a falta de confiança e o conhecimento deficitário sobre doação e enfermeiros inadequadamente preparados; PEARSON et al (2001) enunciam a família e a necessidade de apoio emocional como foco de atenção dos cuidados de enfermagem e MEYER e BJORK (2008) referem que, esta requer da enfermagem esforço e tempo. Neste sentido, o National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) emana *guidelines* e recomenda que, os envolvidos na abordagem e discussão com a família deverão ter habilidade e conhecimentos necessários para fornecer suporte emocional adequado e informações precisas sobre a doação de órgãos (NHS, 2011).

A colheita de órgãos acontece num ambiente de bloco operatório, requer uma equipa treinada e coordenada, consiste numa cirurgia major, onde se efetua a extração dos órgãos, após perfusão destes com uma solução de preservação a 4º. A hipotermia é a base do processo de preservação dos órgãos, pois diminui a velocidade de degradação enzimática e a redução do metabolismo celular, para além do referido, permite diminuir o edema celular, prevenir a acidose intracelular, oferecer substratos de regeneração e impedir a produção de radicais livres (MAGALHÃES; SANCHES e PEREIRA, 2004). O período que medeia o início da perfusão do órgão e a sua reperfusão (após implantado no receptor) é denominado de tempo de isquémia fria.

A identificação de um potencial dador, a sua eficaz manutenção e uma colheita de sucesso são indicadores de qualidade que resultam numa mais-valia para a esperança de vida de uma outra pessoa.

## **4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS**

Este capítulo aborda as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e os principais resultados das aprendizagens, com recurso à descrição e análise das situações que considero serem mais significativas, promotoras de aprendizagem e fomentarem o saber próprio e recurso ao processo de reflexão orientado e contextualizado.

Em Enfermagem a análise, reflexão crítica e avaliação de e sobre o processo de aprendizagem, vivências, experiências, expectativas, receios e lacunas são domínios inseparáveis na prestação de cuidados de excelência; permitem: clarificar conceitos, associar a teoria à prática, reconhecer e interligar o conhecimento *versus* habilidade, expandir o autoconhecimento e desenvolvimento profissional com estas atitudes e agir responsável e consciente, assim como dar suporte ao corpo de conhecimentos.

### **4.1 - Ensino Clínico I – Serviço de Nefrologia**

O serviço de nefrologia está integrado num CH da região de Lisboa, cuja missão prioritária é “a prestação de cuidados de saúde especializados à população” e inserido num hospital cuja realidade é direcionada à abordagem ao doente cardio-renal. É constituído pelo internamento e hospital de dia; assume o apoio de cuidados especializados de nefrologia, à população da sua área geográfica (cerca de 450 000 habitantes), a todas as unidades do CH ao qual pertence, a outros hospitais da área de influência do CH, nas situações de internamento de doentes dos centros de HD da sua área de referência e aos doentes referenciados através da consulta externa de vários hospitais e unidades de cuidados de saúde primários da área de influência do CH, não obstante desta limitação geográfica são-lhe referenciados doentes de outras zonas do país<sup>2</sup>. O internamento encontra-se em permanente funcionamento, é constituído pela enfermaria, a unidade de cuidados intermédios, vocacionada para doentes clinicamente instáveis que requerem medidas de monitorização e vigilância intensivas e a sala de técnicas onde, essencialmente, se efetuam: colocação de

---

<sup>2</sup> Fonte: intranet do CH.

cateteres de HD (provisórios ou de longa duração) e biopsias renais para diagnóstico. O hospital de dia engloba a unidade de HD e unidade de diálise peritoneal (DP). Tem ainda, como recurso de apoio, a unidade de imagiologia.

É um serviço com idoneidade e tradição académica e científica, colaborando na formação pré e pós graduada das Faculdades de Medicina e Escolas Superiores de Enfermagem da região de Lisboa e contribuindo para a produção, expansão e divulgação do conhecimento científico.

Como referi anteriormente, o ensino clínico I decorreu neste serviço, nas Unidades de HD e DP. No início do ensino clínico, juntamente com outros colegas de mestrado, foi realizada uma reunião com o Enfermeiro Chefe do serviço onde, cada um expôs o seu percurso, projeto e objetivos de formação, foram determinados os Orientadores do ensino clínico e respetivos horários e traçados cronogramas de aprendizagem.

#### **4.1.1 - Unidade de Hemodiálise**

O ensino clínico na unidade de HD decorreu num período de 4 semanas, de 3 a 27 de Outubro de 2012, em horário rotativo (manhãs e tardes) de segunda a sábado.

A unidade de HD é constituída por um conjunto integrado de recursos físicos, técnicos e humanos, vocacionados para o atendimento à pessoa com DRC em programa de HD, dando resposta à população circunscrita às áreas de influência, abrangência e de referência do CH, englobando todas as unidades de internamento, a consulta externa e unidades de urgência do CH, assim como, os hospitais e centros de diálise da sua área de influência; presta ainda assistência nesta área de cuidados a doentes externos, em regime de ambulatório, com perfil associado de comorbilidades, essencialmente patologia neoplásica e cardio-renal, a doentes em regime de isolamento por doença infecciosa (HIV<sup>+</sup> e Ag HBs<sup>+</sup>) e a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)<sup>3</sup> decorrente de um acordo de cooperação internacional entre Governos e Ministérios da Saúde.

Para além de HD, nesta unidade executam-se outras técnicas como sejam: hemoperfusão, plasmaferese e LDL aferese.

---

<sup>3</sup>Fonte: <http://www.acss.minsaude.pt/ÁreaseUnidades/DepartamentoGestãoeFinanciamentoPrestSaúde/AcordosInternaceCuidadosSaúdeTransfront/Acordos/tabid/398/language/pt-PT/Default.aspx>

Funciona em permanência em regime de HD “programada” no período das 8 às 23.30 horas, de segunda a sábado e em regime de urgência no período noturno e aos domingos. Estruturalmente é constituída por 4 salas com capacidade para, em simultâneo serem dialisados 15 doentes, em 3 turnos diferentes, sendo que, diariamente são dialisados cerca de 45 a 50 doentes.

A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros. À exceção de 1 elemento, que se encontrava em integração e de 2 elementos com menos de 5 anos de experiência nesta área de cuidados, a equipa possui larga experiência, considerada uma equipa perita (BENNER, 2001); sendo que, vários elementos possuem já especialidade, mestrado e pós-graduações nas áreas de cuidados de enfermagem nefrológica e médico-cirúrgica. Em cada turno permanecem 6 ou 7 enfermeiros, onde um elemento para além da prestação direta de cuidados acumula funções de chefe de equipa e de prevenção permanecem 1 ou 2 enfermeiros. Aquando da necessidade de realização de HD a doentes hemodinamicamente instáveis das unidades de qualquer um dos hospitais que integram este CH, é um elemento desta equipa de enfermagem que se desloca, podendo coincidir com o horário normal de funcionamento da unidade ou não. Como recurso a unidade dispõe ainda, de uma equipa médica especialista em nefrologia, assistentes operacionais, dietista e assistente social.

Este ensino clínico foi gerador de alguma ansiedade e encarando com um misto e dualidade de sentimentos entre o desafio e expectativa desencadeado pela componente tecnicista que esta TSFR exige, e o receio aliado ao efeito *outsider* e estadios de aprendizagem neste campo de intervenção, que se resumia única e exclusivamente ao domínio teórico; assim como à ideia pré-concebida do perfil do doente renal crónico, que pelo contexto de doença e cuidados é entendido como perito e também por vezes, de difícil abordagem e obstinado. Estas inquietações foram verbalizadas ao Orientador do ensino clínico, valorizando-as, planificando e hierarquizando a aprendizagem no sentido de desenvolvimento em *continuum*.

Numa primeira fase as atividades desenvolvidas permitiram atingir o objetivo **“integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço”**, valendo-me de competências como capacidade de integrar, interagir e socializar, que possibilitaram conhecer, perceber e integrar na organização e dinâmica das equipas interdisciplinar e multidisciplinar; conhecer a estrutura física, gestão e organização da unidade;

conhecer, compreender e integrar as rotinas, protocolos, programas e normas da unidade e respetiva articulação com outras unidades e/ou instituições.

Em simultâneo outras atividades foram desenvolvidas para dar resposta ao objetivo **“adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC em programa de HD”**. A base deste objetivo *“adquirir e desenvolver competências”* reflete efetivamente o meu estadio de *iniciado/iniciado avançado* (BENNER, 2001). Esta premissa, no primeiro contacto, revelou-se um obstáculo, pois limitei a minha atuação à técnica. A preparação do material para a sessão de HD, a montagem das linhas do circuito extracorporal e a sua conexão, os principais alarmes e a eficaz resolução de intercorrências, os cuidados com o cateter e monitor após desconexão eram o foco de atenção, Benner descreve este comportamento como *“limitado e rígido”* (BENNER, 2001, p. 49). Esta postura causou-me desconforto por limitar a minha autonomia profissional e interferir com a minha autoestima, contrastando com o meu dia-a-dia enquanto profissional. Como justificação, menciono a necessidade de zelar pela segurança dos cuidados minimizando a probabilidade de ocorrência do erro; a consciencialização deste desconforto determinou a mudança, utilizando ferramentas e estratégias incitadoras e maximizadoras de sucesso. A prestação de cuidados de saúde situa a Enfermagem no patamar da imprevisibilidade, da incerteza e por vezes da desordem, exigindo do profissional, a mobilização de um conjunto de saberes e competências próprios que lhes permite responder de modo criativo e adequado. Este perfil articula saberes científicos, éticos e processuais (ABREU, 2011) e *“apela”* essencialmente ao desenvolvimento das competências relacionais, afetivas, reflexivas e cognitivas. Socorri-me da minha experiência e competência adquiridas ao longo dos anos, embora que noutra contexto, para identificar *“factores significativos que se reproduzem em situações idênticas”* (BENNER, 2001, p. 50) demonstrando claramente um nível de competência de *iniciado avançado* (BENNER, 2001) e de características pessoais, como sejam capacidade de improviso, observação, empenho e facilidade inata de interagir com outros.

O uso da comunicação como instrumento de trabalho permitiu quebrar barreiras e revelou-se uma mais-valia não só, na interação com a equipa multidisciplinar, mas também com a pessoa com DRC e seus familiares, possibilitou compreender a

pessoa com DRC, a sua vivência de ser e estar doente e as limitações que a doença impõe. É essencial refletir sobre o valor e o poder da comunicação nos cuidados de saúde, pois esta “constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira” (PHANEUF, 2005, p.17). A comunicação é o instrumento básico na relação interpessoal. Num processo de comunicação em que a pessoa transmite pensamentos, ideias, emoções e sentimentos, a relação deve ser estabelecida na base do respeito, reciprocidade, colaboração e cooperação e, no reconhecimento do enfermeiro como alguém que compreende, aceita e proporciona orientação.

Estabelecer uma relação de proximidade de forma espontânea e informal, potencializou e viabilizou a parceria e confiança na interação com a pessoa com DRC, destronando a ideia anteriormente referida do doente renal crónico como obstinado e de difícil abordagem.

Nesta sequência vários episódios poderiam ser descritos, mas reporto um que se revelou significativo. J.S, 22 anos, nascida e residente com a família em Cabo Verde, portadora de DRC por síndrome nefrótica desde os 16 anos, assintomática até Maio de 2012; altura em que se verificou um rápido agravamento e deterioração da função renal com necessidade de iniciar TSFR. Em Julho do mesmo ano, é transferida para o Portugal ao abrigo do Decreto nº 24/77 de 3 de Março<sup>4</sup>, e iniciou HD. Não vou referir os aspetos fisiológicos da doença, por serem subvalorizados para a J.S mas sim o seu significado na sua vida social e familiar, pelas mudanças que esta incrementou. Quando interpelei a J.S por apresentar excesso de peso, esta responde “*porquê preocupar-me com a doença se esta não tem cura*”, e em jeito de confissão, referia a solidão e sensação de abandono que sentia pela ausência de familiares próximos, dos amigos e de toda uma vida, as suas relações resumiam-se aos profissionais e doentes da unidade de HD e aos residentes do seu domicílio; aspetos que influenciavam o modo como enfrentava a doença. Enquanto profissional responsável, sumariamente referi as consequências da não adesão ao tratamento, incentivei-a a estabelecer novas relações de amizade e abordei outras TSFR que lhe permitiam alguma independência, nomeadamente a DP e o transplante renal, orientando-a para os profissionais de referência.

A doença é um acontecimento que pode ameaçar, modificar ou transformar, às vezes de forma irreversível, a vida da pessoa, quer seja a nível individual, familiar ou

---

<sup>4</sup> Decreto nº 24/77. I Série- Número 52 (1977-03-03) 363-364

social, requer interpretação e pode ser modelada. Neste contexto, exige compreensão de todos os envolvidos, pois não se circunscreve à singularidade da pessoa, os efeitos estendem-se a todos que têm um envolvimento mais próximo com a mesma e pressupõe, uma adaptação constante, pois afeta todos os aspetos da vida.

Efetuando o paralelismo com o MAR, a DRC condiciona um processo de adaptação, regula os comportamentos, orienta a interação com o ambiente e determina respostas nos 4 modos adaptativos. Neste sentido, o papel da enfermagem visa “identificar o nível de adaptação e capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a adaptação” (ROY e ANDREWS, 2001, p.41); onde o enfermeiro atua como mediador no binómio pessoa/ doença e meio envolvente.

Após este primeiro impacto, no decorrer deste ensino clínico várias oportunidades surgiram de utilização da comunicação como recurso; quer seja, no sentido de dar apoio psicológico ou na concretização de ensinamentos dirigidos, adequados e de acordo com os diagnósticos e necessidades de enfermagem identificados.

A intervenção educativa à pessoa com DRC, além de aumentar o nível de conhecimentos, permite dotar a pessoa de informação imprescindível e capacitá-la, para que o tratamento, se torne o mais eficaz possível, fomente a mudança de comportamentos e proporcione a melhor qualidade de vida; é um processo complexo, pois requer do enfermeiro competência e conhecimento, mas acima de tudo, sensibilidade para perceber qual o melhor momento, qual a informação mais pertinente e quais as melhores estratégias. A primeira condição para que alguém altere ou adote comportamento adequados à sua condição de saúde é possuir informação sobre *porquê mudar? O que mudar? E o que fazer para mudar?* É necessário estabelecer uma relação de parceria, onde o enfermeiro atua como educador, conselheiro e defensor e requer da pessoa empenho, envolvimento e responsabilidade, incluindo-a na tomada de decisão e definição de objetivos com recurso, por vezes, á negociação mas, acima de tudo, exige legitimidade e compromisso ético.

Os ensinamentos foram realizados de forma informal, adequados às necessidades identificadas, mas essencialmente quando se verificavam situações de não adesão ao tratamento, como sejam o não cumprimento das restrições dietéticas e hídricas.

A não adesão<sup>5</sup> é considerada um problema mundial de magnitude impressionante, que cresce em paralelo com o peso global da doença, com resultados desfavoráveis nos indicadores de saúde e aumento da despesa (WHO, 2003) e implicações significativas, no aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes (OE, 2009a). MALDANER et al (2008) referem que a confiança da equipa, a aceitação da doença, as redes de apoio, o nível de escolaridade, o esquema terapêutico complexo e efeitos colaterais, o às vezes difícil acesso aos medicamentos, o tratamento longo e ausência de sintomas são fatores que influenciam a adesão. Transpondo para a realidade da unidade, onde efetuei o ensino clínico e de acordo com o perfil de doentes aos quais prestei cuidados, identifiquei como fatores preditivos de não adesão essencialmente, a aceitação da doença, a ausência de sintomas, a duração do tratamento e o nível de escolaridade. Como intervenção educativa, tive ainda, oportunidade de realizar um primeiro ensino, no contexto de indução à HD; onde os conteúdos mencionados foram expostos de forma clara, com linguagem simples e somente o necessário para a percepção da técnica, neste sentido foi explicado: o que é a HD, qual a necessidade desta TSFR, como se processa e principais intercorrências durante e após a sessão. Esta abordagem foi antecipadamente discutida com o Orientador que concordou com, fasear a informação num primeiro momento.

No decorrer do ensino clínico fui adquirindo e desenvolvendo a técnica e o conhecimento e até alguma perícia no contexto de um serviço com meios técnicos avançados e sofisticados, que permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados, diferenciados e em congruência com as necessidades identificadas, atuando em conformidade. Progressivamente evolui no sentido de autonomia, integrando a equipa e dinâmica de cuidados à pessoa com DRC em programa de HD. Para tal, valeu-me a pesquisa bibliográfica, o esclarecimento de dúvidas com o Orientador e restantes elementos da equipa multidisciplinar e as orientações pertinentes do Orientador.

Sumariamente são descritas as atividades desenvolvidas antes, durante e após uma sessão de HD: (1) Preparação do material necessário que inclui, linhas de sangue; solução dialisante; dialisador; soro para o *priming*; seringa com heparina; solução

---

<sup>5</sup> Conceito de adesão definido como “the extent to which a person’s behaviour- taking medication, following a diet and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider” (WHO, 2003, p.4)

desinfetante e material para cuidados ao acesso; (2) Preparação e otimização do monitor, no que respeita aos testes de segurança; montagem e *priming* do circuito; desinfecção do monitor; (3) Acolhimento do doente; consulta do plano de sessão de HD; avaliação do acesso vascular; conexão do circuito extracorporeal, programação e controle do tratamento instituído; (4) Elaboração dos registos de enfermagem e dos parâmetros dialíticos em processo; administração de terapêutica prescrita; (5) Vigilância e controle de intercorrências; (6) Desconexão do circuito e cuidados ao acesso; (6) Agilizar a transferência e transmissão da informação relativa à sessão.

Em todo este processo, acho pertinente efetuar algumas considerações. Embora as *guidelines* recomendem como acesso de eleição, a fístula artério-venosa (FAV) (NKF, 2006), nesta unidade ainda se verifica uma percentagem elevada de doentes cujo acesso para HD é o cateter, seja provisório ou de longa duração. Sendo que o cateter provisório é implantado aquando de episódios de infeção e o cateter de longa duração é implantado essencialmente, pela falência do território vascular que inviabiliza a construção de uma FAV. Segundo NKF (2006) o acesso ideal é aquele que proporciona o fluxo adequado para o tratamento prescrito, envolve diminuição de custos, conta com maior duração e reduzida taxa de complicações.

Outro aspeto que considero pertinente abordar é a ocorrência de intercorrências peridialíticas. No período que permaneci nesta unidade, as intercorrências frequentemente observadas foram: hipotensão, câibras, náuseas e vômitos e mal-estar geral, indo de encontro ao descrito na literatura (SALGUEIRO, nd). Ressalvo a minha postura aquando da ocorrência de complicações; numa fase inicial, por insegurança, solicitava sempre a presença do Orientador para a sua resolução, à medida que fui ganhando confiança e autonomia, atuava prontamente validando sempre com o Orientador a sua correta resolução, demonstrando claramente responsabilidade profissional.

Como ponto negativo refiro os registos de enfermagem efetuados, que considero insuficientes e redutores, muitas vezes resumidos ao plano da sessão. Na minha opinião não espelham a qualidade dos cuidados prestados.

Como momento de aprendizagem refiro também, em contexto de Bloco Operatório, a observação da construção dos acessos vasculares para hemodiálise - FAV, onde integrei a equipa e acompanhei todo o circuito desde o acolhimento até à alta na

unidade de ambulatório com oportunidade de observar e efetuar ensino sobre os cuidados a ter com o acesso.

Acrescento, a possibilidade de observação da técnica LDL-afereze que desconhecia, e é efetuada somente em duas unidades a nível nacional. A LDL (*Low Density Lipoprotein*) afereze é uma técnica “indicada em doentes com dislipidemias graves, que não respondem a terapêutica de primeira linha” (MARCHÃO et al, nd,p.73) e consiste na remoção de colesterol através de um circuito extracorporal, que contém um sistema absorvente constituído por fibras de poliacrilato que permitem a fixação de lipoproteínas (MARCHÃO et al, nd).

Adiante relatarei duas experiências que, embora temporalmente se enquadrassem neste ensino clínico, permitiram atingir objetivos traçados para o ensino clínico III; a observação de um transplante renal com dador vivo e a participação no XI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação.

Analisando e refletindo resumidamente sobre o percurso de aquisição de competências identifico como aspetos negativos, o curto período de duração do ensino clínico e a fugaz experiência nesta área de cuidados; como aspeto positivo mais relevante, considero, a estratégia de parceria com o Orientador, sendo este perito e elemento de referência e ao qual reconheço capacidades de formação, como mais-valia e fundamental para a consecução dos objetivos. Permitiu a partilha e mobilização de diversos conhecimentos e recursos relacionados com esta área de cuidados, com adição e visibilidade no desempenho profissional e pessoal. O acompanhar ativamente o Orientador no seu desempenho e apreender tanto quanto possível do seu *know-how*, foi muito enriquecedor e permitiu uma abordagem mais próxima e direcionada às necessidades da pessoa com DRC em programa de HD.

Considero que desenvolvi competências de especialista e atingi com sucesso os objetivos propostos para este percurso, sendo a avaliação classificada qualitativamente como Muito Bom, conforme consta em anexo (ANEXO I)

#### **4.1.2 - Unidade de Diálise Peritoneal**

O ensino clínico na unidade de DP decorreu num período de 3 semanas, de 29 de Outubro a 10 de Novembro e 26 a 30 Novembro de 2012.

A unidade de DP, embora em espaço físico seja contígua à consulta externa, está integrada no serviço de nefrologia, pelo que, abrange a população das mesmas

áreas geográfica, de referência e influência. Funciona de 2ª a 6ª feira no período das 8 às 16 horas, para o atendimento dos doentes em programa regular da técnica em regime de ambulatório e nas situações de urgência por complicações relacionadas com a técnica e/ou outras intercorrências. Após este horário, todas as situações de urgência são atendidas no serviço de internamento de nefrologia. Dotada de uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiro, nefrologista, cirurgião, nutricionista e assistente social que funcionam em complementaridade, onde, o enfermeiro representa o pilar e elo de ligação entre doente e equipa. A equipa de enfermagem é constituída por dois elementos considerados peritos (BENNER, 2001) nesta área de cuidados. A mesma equipa realiza a consulta de esclarecimentos<sup>6</sup> para o doente renal crónico no estágio V referenciado, indo de encontro ao preconizado pela norma 017/2011 da DGS. No ano de 2012 foram referenciados para esta consulta um total de 96 doentes.

No período em que decorreu este ensino clínico, em termos de casuística, esta unidade prestava assistência a 75 doentes, distribuídos pelas duas modalidades, sendo, 26 na diálise peritoneal automática (DPA) e 49 na modalidade de diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA). Estes dados vão de encontro à tendência nacional, onde se verifica uma maior prevalência de doentes em DPCA (SPN, 2013). A DP enquanto TSFR, tem vindo a ganhar terreno e a ser incrementada com sucesso, sendo atualmente, a primeira opção de tratamento em diálise domiciliária. Em 2012 a DP foi considerada 1ª opção de tratamento em 9,5% dos casos o que corresponde a 6,6% dos doentes prevalentes em diálise; apesar da reduzida penetrância, apresenta desde 2007, uma curva de crescimento acentuada (43,5%), muito superior à da HD (16,6%) (SPN, 2013). É uma técnica relativamente simples, baseia-se nos princípios de difusão, ultrafiltração e osmose; requer a implantação de um cateter (de *Tenckhoff*) que permite a infusão da solução de dialisante na cavidade abdominal, onde se efetua a transferência de água e solutos entre o sangue e a solução de dialisante, utilizando o peritoneu como membrana (MARCHÃO et al, nd; HERAS, 2006; WILD, 2005). Como é efetuada em contexto ambulatório pelos próprios doentes, pressupõe uma avaliação sensata e rigorosa do candidato, pela equipe multidisciplinar, no que se refere a condições sociais e habitacionais, motivação e capacidades cognitivas.

---

<sup>6</sup> Vulgarmente chamada consulta de opções

Para este ensino clínico foram traçados os seguintes objetivos: **“integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço”** e **“adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC e sua família em programa de DP”**; que foram atingidos em pleno, contribuindo para a sua consecução; a receptividade e apoio que tive por parte de toda a equipa multidisciplinar onde impera um ambiente de partilha e reciprocidade; traços organizacionais desta unidade, expressivos de cuidados diferenciados; a existência de protocolos de atuação bem definidos, passíveis de consulta, facilitando a integração nas dinâmicas e rotina de cuidados; e as expectativas e investimento pessoais.

Na descrição e reflexão deste ensino clínico vou cingir-me a três pontos, que considero essenciais e o marcaram; o papel da equipa multidisciplinar, dando ênfase à enfermagem, a pessoa com DRC como núcleo de cuidados e a descrição das atividades por mim desenvolvidas.

Nesta unidade, encontrei uma enfermagem “diferente”, menos tecnicista e mais relacional; com um conhecimento profundo de todos os doentes, no que se refere não só, a aspetos relacionados com a doença, mas também, todo um conhecimento das condições socioeconómica e profissionais, receios, dificuldades, desejos, projetos e traços da personalidade. Não é o que fazemos que nos caracteriza, pois os outros esperam que cumpramos esse papel, é sim importante, sublinhar como o fazemos, neste sentido a relação é indissociável de cuidados de excelência, potencializa a proximidade, a cumplicidade e o respeito; aspetos manifestos por esta equipa de enfermagem, com reflexo no trabalho desenvolvido e no reconhecimento pelos doentes e familiares da sua eficácia, eficiência e humanismo. Também o doente tem uma postura diferente, talvez por ser ele próprio a gerir o seu tratamento, é motivado, mais confiante e autónomo. De todos os ensinamentos clínicos realizados, este, foi o que permitiu, um maior contacto e proximidade com a pessoa com DRC e a sua família. Ciente que a DP é uma técnica que permite ao doente, autonomia no dia-a-dia, viver em ambiente de relação e em relação; na minha interação com os doentes várias situações permitiram validar esta ideia; obtendo respostas como *“tenho mais liberdade para mim para fazer o que me apetece”*; *“tenho mais autonomia embora tenha que fazer esta técnica 4 vezes por dia”*; *“permite preservar melhor o rim”* *“menos degradante; não me consigo imaginar 4 horas no meio de*

*“pessoas que não conheço; sinto-me melhor do que com a outra (referindo-se à HD)”*; na minha opinião, são aspetos significativos e preditivos de motivação e adesão ao tratamento.

Como já referi, nesta unidade, a enfermagem apresenta um papel versátil, é uma oportunidade única e espaço ideal para o exercício das intervenções autónomas; acompanha doentes em programa regular de DP em regime de ambulatório, no que se refere, a consultas de seguimento ou de urgência, a procedimentos inerentes à técnica, consultas de ensino/treino da técnica, consulta de esclarecimento e dá apoio (se necessário) aos serviços, quando do internamento destes doentes. A consulta de enfermagem é delineada de véspera, mediante plano de marcação; sendo planeado e hierarquizado o atendimento de acordo com o propósito da consulta. O *standard* é a realização de colheita de sangue para análises, avaliação do peso, pressão arterial e glicemia capilar ( nos doentes diabéticos), avaliação do cateter, orifício, características do líquido drenado e eficácia da diálise; ao mesmo tempo faz-se um *briefing* e validação de aspetos relativos à adesão e percepção do seu estado geral (físico e emocional). Nesta sequência, colaborei ativamente em todos os passos, adotando sempre uma postura atenta, flexível e pró-ativa. A referir, a colaboração na realização do teste de equilíbrio peritoneal<sup>7</sup> (PET), que avalia capacidade de ultrafiltração, através da medição taxa de transporte de solutos e fluidos pela membrana peritoneal (WILD, 2005) e permite adequar a dose e técnica de DP; colaboração na substituição dos prolongadores do cateter de *Tenckhoff*; realização do penso do orifício do cateter e múltiplas intervenções direcionadas ao processo formativo da pessoa com foco de atenção na resolução de problemas reais e/ou potenciais identificados. As consultas de urgência, ocorrem essencialmente, por complicações relacionadas com a técnica e pela infeção; tais complicações são tratadas maioritariamente pela equipa de enfermagem, em parte, pela existência de protocolos instituídos, possibilitando autonomia e participação ativa no processo de tomada de decisão nos projetos de cuidados dos doentes; mas também, pelo reconhecimento inter pares de competência e experiência, nesta área de cuidados. Uma das facetas mais marcante do trabalho desta equipa, é a realização do ensino da técnica de DP, por capacitar a pessoa como agente e gestor do seu

---

<sup>7</sup> Teste realizado durante um período de 4 horas onde se faz a colheita de amostras de sangue e líquido dialisado às 0,2 e 4 horas (Protocolo da Unidade de DP do CH)

autocuidado<sup>8</sup>. O ensino para o autocuidado é realizado em regime de ambulatório, após implantação do cateter de *Tenckhoff*, pressupõe compromisso e mudanças comportamentais imprescindíveis para o sucesso do tratamento. Este é hierarquizado e delineado no sentido de ensinar, treinar, supervisionar e avaliar, visa a máxima independência e segurança; é efetuado faseadamente mediante protocolo instituído, inclui as componentes teórica e prática, respeitando tempos de aprendizagem individuais, onde a etapa subsequente é efetivada somente, após validada a total compreensão da etapa precedente. Normalmente tem duração de 5 dias, mas poderá ser extensível até à total compreensão, capacidade de execução e controlo da técnica. Um programa de treino é componente essencial (BERNARDINI, PRICE E FIGUEIREDO; 2006; CHOW E WONG; 2010); contribuindo para o sucesso da técnica; sendo no seu desenrolar imputada responsabilidade ao enfermeiro enquanto educador e ao doente. É responsabilidade do enfermeiro manter o doente motivado e promover a autonomia fornecendo-lhe ferramentas e capacitando-o para o autocuidado; fomentar a adaptação à nova realidade e mudar comportamentos. Além do conhecimento teórico e capacidades formativas, acresce a sensibilização e capacidade de avaliar e valorizar as características individuais e subjetivas do doente, nomeadamente no que se refere a capacidades cognitivas, motivação, valores, medos e receios, personalidade, habilidade para o autocuidado incluindo destreza manual, acuidade visual e hábitos de higiene. PHANEUF(2005) aponta como fatores que condicionam a aprendizagem, entre outros: a capacidade intelectual, nível de instrução, grau de compreensão, medo, o stress, a fadiga, a desconfiança etc; e refere que as emoções da pessoa cuidada tem que ser valorizadas e atendidas na avaliação e planeamento e prática de ensino. BENNER (2001) defende que enfermeiras experientes aprendem a comunicar e a transmitir informações, “não propõe apenas informação, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspetivas ao doente (...) que decorrem de uma boa prática de cuidados” e que “a aprendizagem mais significativa encontra-se na maneira como o doente enfrenta a doença e mobiliza a sua energia (...)” (BENNER, 2001, p. 104); refere-se ainda ao perito, como alguém que permite aumentar o numero de caminhos, clarificar e enriquecer horizontes e atuar como vetor de

---

<sup>8</sup> Na CIPE versão 2 autocuidado é definido como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais e íntimas e as atividades de vida diária” ( ICN, 2011; p.41)

esperança. Neste sentido, em todos os ensinamentos observados a equipa assumiu uma postura construtivista, flexível e motivadora, recorrendo a estratégias de ensino/aprendizagem e de interação que permitiram o sucesso dos mesmos. Em todas as etapas do ensino, a questão da assepsia é muito valorizada e discutida, pelo papel que representa em todo o processo e pelas consequências resultantes quando esta não é mantida. A infeção (a seguir à falência de ultrafiltração) é reportada como segunda causa mais frequente de abandono da técnica de DP (SPN, 2013).

Sendo o ensino para o autocuidado uma atividade intencional do enfermeiro, que tem por objetivo, tornar o doente autónomo e capacitado para o autocontrolo da sua vida e saúde, ao doente é requerido, a responsabilidade e compromisso de zelar pela sua própria saúde. Nesta sequência foi curioso observar a evolução, quer da destreza, quer do estado de espírito, dos doentes que presenciei os ensinamentos. Se numa primeira fase a ansiedade dominava, moldando a capacidade de discernimento, atenção e compreensão, à medida que o ensino progredia observava-se uma atitude mais otimista e evolução no sentido de autonomia. Neste processo, é-me imputada alguma responsabilidade; envolvi-me sempre com o doente e família no sentido não só de ajudá-los mas também de motivá-los, estabelecendo uma relação de cumplicidade.

Como atividade desenvolvida neste ensino clínico, refiro também a oportunidade de observação da consulta e esclarecimento. Esta, como referi, é da responsabilidade da equipa da unidade de DP e ocorre em 2 tempos distintos e 4 consultas diferentes (consulta médica, e consulta da assistente social, num primeiro tempo e consulta do nutricionista e de enfermagem no segundo tempo). As linhas orientadoras nacionais recomendam a existência de consulta de esclarecimento, em que os doentes sejam devidamente informados das opções de tratamento na DRC e atribuem ao doente e família o poder de decisão no entanto respeitando os critérios de inclusão e exclusão para cada uma das opções de tratamento (DGS, 2011). A DRC é limitativa e impõe restrições na vida diária e mudanças significativas na procura do bem estar; o conhecimento da doença e suas alternativas terapêuticas são fatores fundamentais para uma opção consciente que permita os melhores resultados. No decorrer deste ensino clínico, apenas foi possível a observação da consulta médica e de enfermagem. A consulta de enfermagem, sendo a última, normalmente o doente já

optou por uma das TSFR, sendo o discurso direcionado para a apresentação dessa técnica e orientado nos passos subsequentes até à necessidade de início da TSFR.

No final deste ensino clínico, embora muitas das atividades se resumam à observação, posso afirmar que desenvolvi competências de enfermeiro especialista nos domínios preconizados pela OE, sendo a avaliação final positiva, classificada qualitativamente como Excelente (ANEXO II).

Transversal ao período extensível a todos os ensinamentos clínicos, mas no sentido de dar resposta ao objetivo **“contribuir para o desenvolvimento da equipa multidisciplinar integrando projetos de formação já existentes e/ou inovando”**, delineado para este ensino clínico, junto do Enfermeiro Chefe do serviço e respetivos Orientadores, foi efetuado um diagnóstico de necessidades de formação da equipa ou projetos onde poderia intervir. Por sugestão e conjuntamente com outros alunos do curso de mestrado, que se encontravam no mesmo patamar de formação, foi efetuado um guia de acolhimento que denominamos *“viver e conviver com a DRC”*, documento em que se referem: aspetos da fisiologia da DRC, complicações associadas, as várias TSFR, aspetos relacionados com as restrições dietéticas e hídricas, sexualidade e atividade profissional e os direitos que estes doentes usufruem e estão contemplados na legislação (APÊNDICE II). É um documento que se pretende, ser interativo, com uma dupla função: ser disponibilizado aos doentes, pelo que apresenta uma linguagem simples, e servir de suporte aos profissionais, no esclarecimento de dúvidas que possam surgir. Por sugestão nossa ficará disponível, após aprovação, no site do hospital de forma a reduzir custos associados à sua impressão. O resultado final foi de agrado e aprovado pelos responsáveis da chefia e coordenação do serviço.

Embora temporalmente não inserido neste ensino clínico, mas no sentido de sedimentar as competências adquiridas, participei no Encontro Renal 2013, realizado de 11 a 13 de Abril do corrente ano e organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT) (ANEXO III). O Encontro Renal é, por excelência, o fórum anual de atualização e debate, pelo programa científico aliciante com temas pertinentes e atuais no âmbito da enfermagem nefrológica. Esta formação revelou-se uma mais valia, pois permitiu o intercâmbio de experiências e discussão interpares nos espaços de debate e a atualização científica baseada na evidência; aspetos importantes que contribuem

para cuidados de excelência, diferenciação e evolução da prática e dignificação social da profissão.

## **4.2 - Ensino Clínico II - Oficina de Coordinación de Transplantes**

O ensino clínico II foi realizado na OCT de um hospital da província de A Coruña da Comunidade Autónoma da Galiza e decorreu por um período de duas semanas, de 12 a 22 de Novembro de 2012.

Em Espanha, a coordenação da atividade de colheita e transplantação é efetuada a três níveis: (1) coordenação nacional, a cargo da Organización Nacional de Transplantes (ONT), organismo central de carácter técnico e logístico, com jurisdição nacional sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (2) coordenação autónoma, organismo com administração regional e jurisdição na Comunidade Autónoma, possui um Coordenador Regional (CR) que efetua o *interface* nacional/regional/local, sob responsabilidade da ONT e (3) coordenação hospitalar, organismo local sob responsabilidade da Comunidade Autónoma e ONT<sup>9</sup>.

À semelhança de Portugal, em Espanha também se verifica a fusão de vários hospitais com administração única, o Complexo Hospitalar da A Coruña é composto por um conjunto de oito unidades de saúde (hospitais e centros de saúde) que cobrem uma área sanitária e dão resposta a uma população de cerca de 500.000 habitantes<sup>10</sup>. Embora fisicamente integrado num hospital, a OCT, é uma estrutura administrativa autónoma, com funções de coordenação, assessoria e gestão, colaboração e cooperação, parceria, formação e divulgação dos diferentes programas de doação e transplantação. Dotado de recursos humanos próprios, com dedicação exclusiva às áreas da doação e transplantação, onde se inclui: Coordenador e Diretor da Unidade, além das funções de direção e coordenação, funciona como elo de ligação entre a OCT e os profissionais das diferentes unidades e em sua substituição um Coordenador Adjunto; Enfermeira de Coordenação de Transplantes acumula as funções de responsável pela coordenação da colheita de órgãos e respetivos transplantes e programa de transplante renal dador vivo; Enfermeira Coordenadora dos programas de transplante hepático e pulmonar e Administrativa da OCT. É acessível ao público em geral, nomeadamente para

---

<sup>9</sup> Fonte: <http://www.ont.es/home/Paginas/default.aspx>

<sup>10</sup> Fonte: intranet do Complexo Hospitalário

esclarecimento e divulgação dos programas de transplantação e doação e no seu espaço físico, decorrem as entrevistas aos candidatos a transplante renal de dador vivo e consultas pré e de *follow-up* pós transplante hepático e pulmonar. De forma geral na sua organização destacam-se: (1) a atividade de coordenação nos programas de transplante renal, hepático, pulmonar, cardíaco, pâncreas e transplantes combinados; programas de doação em morte cerebral e em assistolia; programa de transplante renal de dador vivo; programas de transplantação de tecidos, nomeadamente detecção e validação do dador, extração e alocação dos tecidos (a referir que esta unidade possui um banco de tecidos próprio); (2) atividade administrativa na gestão dos recursos económicos, materiais e humanos; registo e controle da atividade e programas de acreditação; (3) atividade divulgativa, educativa e de sensibilização aos profissionais de saúde, público em geral e meios de comunicação social; neste aspeto importa referir o acordo efetuado entre OCT, Direção do Complexo Hospitalar e Universidades de A Coruña e Santiago de Compostela que permite a integração dos estudantes nos diversos programas desenvolvidos, assim como, a integração de profissionais e estudantes de outros países, nesses mesmos programas e o acordo entre OCT e Direção das escolas básicas e secundárias de toda a província de A Coruña, que permite a integração no plano curricular normal, a partir do 8º ano, programas de informação e sensibilização para a doação e transplantação ministrados por elementos da OCT; (4) programas de garantia de qualidade.

O hospital onde está sediada a OCT, de um total de 45 hospitais que mantém a atividade de transplantação renal, no ano de 2011 (ainda não há dados disponíveis relativos ao ano de 2012), foi o 4º hospital com mais transplantes renais efetuados, 117 transplantes num total do país de 2498 transplantes, assim como, a região da Galiza apresenta uma taxa de doação de 31,2 pmp numa média nacional de 35,3 pmp<sup>11</sup>.

Este ensino clínico previa-se ser meramente de observação, mas revelou-se muito interventivo, permitindo integrar e solidificar as competências já adquiridas na área da doação e colheita de órgãos; assim como contribui para o desenvolvimento de competências na área da transplantação renal. Como objetivos delineados para este

---

<sup>11</sup> Fonte: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/Memorias.aspx>

ensino clínico, enumeram-se **“integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço”** e **“conhecer e compreender a realidade da Espanha, no que se refere, aos programas de transplantação renal e de doação e colheita de órgãos”**. Do primeiro ao último dia senti-me “como elemento integrante da equipa”, pela disponibilidade, preocupação com a minha formação, socialização e simpatia de todos com quem interagi. O segundo objetivo, revelou-se redutor, pela oportunidade, quantidade e qualidade de atividades e experiências que este ensino clínico proporcionou, permitindo “conhecer” e “compreender” mas também “experienciar”.

O primeiro dia permitiu personalizar os contactos prévios efetuados entre ESEL, na pessoa da Professora Maria Saraiva e o responsável e supervisor da área de formação do complexo hospitalar, na pessoa da Enfermeira Berta Garcia Fraguela, também elo de ligação entre escola, aluno e OCT. Em reunião, agendada previamente, foi efetuada uma sinopse do percurso de aprendizagem e transmitidos os objetivos do ensino clínico, sendo orientada depois para a OCT, para o Doutor Antón Fernández García, Coordenador e Diretor da OCT e Orientador do ensino clínico. Numa primeira fase em reunião informal, e após apresentação do projeto e objetivos, foi-me transmitida toda a informação que possibilitou conhecer a missão, organização, dinâmicas, normas e rotinas, programas, projetos e protocolos da OCT e a sua articulação, com outras unidades e/ou instituições e facultada em suporte de papel e digital, bibliografia pertinente; protocolos; programas; manuais e inclusive vídeos de técnicas cirúrgicas. O horário definido seria o de funcionamento da OCT, das 8 às 15 horas, mas extensível, sempre que surgissem oportunidades de formação, por interesse próprio, mostrei disponibilidade total.

Seguidamente descrevo as atividades desenvolvidas englobadas nos vários projetos e programas e oportunidades de formação.

Participação, no papel de enfermeira instrumentista, em cirurgia experimental que decorreu no instituto de investigação biomédico do complexo hospitalar. Trata-se de uma unidade dotada de recursos humanos e materiais, que proporciona condições para a investigação, formação pré e pós graduada e formação em serviço com programas e cursos de iniciação, desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas e/ou introdução de novas técnicas cirúrgicas, com recurso a *endotrainers* (simuladores) e animais de laboratório. Proporciona acompanhamento personalizado

e qualificado e cuidados especializados no pré, intra e pós-operatório. É de utilização livre pelos profissionais do complexo hospitalar. Como já referi, participei no papel de enfermeira instrumentista, em duas situações cirúrgicas, colheita de órgãos e transplante renal, em tempos distintos. O animal usado foi um suíno pois, este a nível abdominal apresenta uma anatomia similar à do Homem. Embora a prática da instrumentação seja uma constante na realidade de cuidados que integro, a enfermagem perioperatória, onde posso referir e garantir que sou perita, estas experiências foram muito gratificantes e permitiram mobilizar e adquirir conhecimentos nesta área, por duas razões; (1) a técnica de colheita de órgãos usada, extração dos órgãos em bloco pelos cirurgiões deste hospital é diferente da usada, extração dos órgãos isoladamente, pelos cirurgiões da equipa que integro; (2) embora, com conhecimento teórico sobre a técnica do transplante renal, nunca tinha participado num transplante renal como elemento da equipa cirúrgica.

Observação do funcionamento da consulta de transplante renal de dador vivo nas suas várias fases. Os candidatos a transplante renal com dador vivo, são referenciados à OCT através da consulta de nefrologia ou outras unidades de saúde de toda a Comunidade da Galiza. Todo o processo, desde a primeira consulta até à efetivação do transplante renal, é efetuado sob coordenação da OCT e compreende três fases. Numa primeira fase, é efetuada uma entrevista inicial de avaliação do par dador-receptor onde, são fornecidas informações gerais sobre o transplante e o desenrolar de todo o processo, com estimativa do tempo previsto, avaliação da situação pessoal, social e laboral do (s) possível (eis) dador (res), assim como a sua idoneidade, motivação e vontade de doação; na fase subsequente é efetuado a avaliação clínica, diagnóstica e provas de compatibilidade do par, assim como avaliação psíquica e da comissão de ética, sendo a OCT elo de ligação entre par dador/receptor e restante equipa multidisciplinar envolvida; na terceira fase é finalizado o processo. Nesta última fase, é formalizada a doação com a obtenção do consentimento informado, preparação do *dossier* e efetivação junto do Juiz do Registo Civil.<sup>12</sup> No desenrolar do ensino clínico, foi possível a observação de todas as fases, se bem que, com vários processos que decorriam em simultâneo em *timing's* diferentes.

---

<sup>12</sup> Fonte: OCT: Protocolo de actuación de la OCT del Complejo Hospitalario en el programa de transplante renal de donante vivo.

Por ter sido motivo de reflexão e envolver aspetos éticos descrevo sumariamente uma situação que presenciei. Trata-se de um casal jovem, proposto para transplante renal onde o marido seria o dador e a esposa a receptora, em programa de diálise peritoneal por DRC; o estudo de compatibilidade detetou incompatibilidade ABO, encontrando-se no momento, hospitalizada numa fase inicial de terapêutica de dessensibilização<sup>13</sup>. No decurso do seu internamento houve necessidade de intervenção da equipa da OCT juntamente com o nefrologista responsável, para a obtenção do consentimento informado da receptora para a administração de hemoderivados aquando da efetivação do transplante. Esta autorização era necessária, dado ser Testemunha de Jeová e por convicções religiosas recusar a administração de hemoderivados. Quando questioneei o Orientador sobre este assunto, ele referiu ser política instituída no hospital baseado em parecer da comissão de ética. Nestas situações é reafirmada a complicação hemorrágica decorrente do transplante e a necessidade da equipa envolvida salvaguardar a proteção do direito de escolha do receptor, mas também do dador e do órgão que este doa, sendo que, a equipa compromete-se a administrar hemoderivados somente em último recurso, mas, a não-aceitação desta medida terapêutica inviabiliza o transplante. Esta premissa, numa primeira fase, causou-me algum desconforto, questionando-me “*se a política instituída não poderá ser considerada coação?*”. Em privado, expus este pensamento ao Orientador, o que motivou uma troca de ideias interessante, sobre os paradigmas direitos e liberdade do doente *versus* ética e deontologia e responsabilidade profissional. Nesta situação em particular, exatamente por suscitar a dúvida de qual a melhor opção, foi referido pelo Orientador, que o parecer da Comissão de Ética surgiu no sentido de, uniformizar procedimentos e orientar todos os envolvidos.

No desenvolvimento da prática profissional o enfermeiro confronta-se regularmente com dilemas ético-morais<sup>14</sup> que envolvem soluções complexas, motivando a dúvida na avaliação da situação e posterior tomada de decisão. Esta deve ser responsável e balizada no reconhecimento do doente como o centro dos cuidados, portador de

---

<sup>13</sup>Inclui protocolo combinado de plasmaferese e terapêutica imunossupressora pré transplante. Embora a literatura seja contraditória, pelo risco muito aumentado infeção, os programas de dessensibilização permitem eliminar e neutralizar anticorpos e evitar a formação de novos, a realização do transplante após a prova cruzada ser negativa e prevenir a formação de novos anticorpos pelo transplante (CHAVES et al 2007).

<sup>14</sup> “situação em que existem duas ou mais escolhas disponíveis, mas nenhuma delas parece satisfatória” (QUEIRÓS, 2001, p. 52 citando Alfaro-LeFevre, 1996)

dignidade e valores próprios, implica cuidados de excelência no sentido da equidade, humanização e individualização e na abrangência do respeito considerando-o como valor ético fundamental.

Na sequência desta consulta, tive oportunidade de observar um transplante renal de dador vivo efetuado, possibilitando a interação com o par dador-receptor e sua família, visualização dos procedimentos cirúrgicos (nephrectomia por vídeo cirurgia e implante do rim) e o acompanhamento do receptor para a unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA).

Acompanhei todo um processo de coordenação de uma colheita de órgãos de dador em assistolia não só em termos burocráticos, mas também, na avaliação do dador, articulação com as equipas intervenientes, abordagem à família, extração de órgãos e posterior transplante. Contrariamente à realidade Portuguesa; em que o projeto de colheita de órgãos nos dadores em assistolia ainda está em fase de aprovação pelas entidades competentes, realizando-se somente colheita de tecidos, neste tipo de dadores; Espanha tem já um projeto implementado desde há alguns anos. Este projeto surge na sequência, da diminuição progressiva do potencial de doação decorrente da diminuição da mortalidade por acidentes de viação e doença cérebro vascular, os avanços no atendimento ao doente crítico/neurocrítico e a necessidade de criar alternativas para aumentar o *pool* de dadores e colmatar as necessidades da população no que se refere ao transplante (ONT, 2012). A colheita de órgãos em dadores em assistolia é efetuada em situações de paragem cardíaca controlada ou não controlada mediante a *classificação de Maastricht*<sup>15</sup> (RIDLEY, 2005; SÁNCHEZ-FRUCTUOSO, 2007). No hospital onde está sediada a OCT efetuam-se apenas colheita de órgãos em dadores tipo Maastricht II e III e todo o processo que acompanhei era um dador tipo Maastricht III<sup>16</sup>, doente em coma (score 4 na escala de comas de Glasgow) pós craniotomia para drenagem de hematoma intracerebral por rotura de malformação arteriovenosa, com prognóstico negativo onde a paragem cardíaca era esperada. Em todo este processo vou somente referir-me a três

---

<sup>15</sup> Inclui 5 categorias: I- Paragem à chegada ao hospital; II- Paragem e ressuscitação sem êxito; III- Paragem cardíaca esperada; IV- Paragem decorrente ou durante o diagnóstico de morte cerebral; V- Paragem cardíaca não esperada (RIDLEY, 2005; SÁNCHEZ-FRUCTUOSO, 2007).

<sup>16</sup> Consideram-se potenciais dadores em assistolia tipo III, aqueles que, sem contraindicações para a doação, mediante o diagnóstico de ingresso e prognóstico é decidido juntamente com a família a limitação do tratamento de suporte vital; quando retiradas estas medidas é expectável que se verifique paragem cardiorrespiratória dentro de um período de tempo compatível com a doação (ONT, 2012).

aspectos que achei mais relevantes. O primeiro prende-se o processo de abordagem à família, pelos sentimentos que despertou em mim; o segundo, o momento da paragem cardíaca e técnica cirúrgica pela novidade e momento de aprendizagem e o terceiro pela oportunidade de integrar a equipa de transplantação no papel de enfermeiro circulante.

A abordagem à família foi sequencial; o tema da doação foi introduzido somente, quando esta família tinha percebido a realidade da situação, sendo que, nesta fase a equipa da UCI requereu o representante da OCT indo de encontro às *guidelines* emanadas pelo NHS (2011). Nesta fase e após concordância da família para a doação, foi assinado o consentimento informado, documento necessário segundo o protocolo da ONT. Na legislação Espanhola vigente o consentimento é (à semelhança de Portugal) considerado presumido<sup>17</sup>, no entanto na ausência de um documento legal que ateste este propósito, há necessidade de obtenção do consentimento para a doação perante a família e/ou representante legal. Em todo este processo, na comunicação com esta família observou-se transparência e veracidade, sendo preocupação premente de todos os profissionais envolvidos fornecer suporte emocional e apoio na gestão das emoções. Encontrei uma família que embora em sofrimento, estava receptiva à doação; sendo que, vários fatores contribuíram para esta decisão; a vivência recente e próxima de uma situação terminal revestida de muito sofrimento e dor, a determinação de respeitar a vontade que o familiar teria manifestado em vida de doar os seus órgãos e assumirem que seria mais fácil aceitarem a morte sabendo que esta beneficiou alguém.

A colheita de órgãos acontece em ambiente de bloco operatório assim como o momento da paragem cardíaca. Como referi anteriormente este dador era classificado como Maastricht III (paragem cardíaca expectável e controlada). Este hospital tem um protocolo de atuação com diretrizes bem definidas e de acordo com a legislação vigente e parecer da Comissão de Ética; neste sentido, são suspensas medidas de suporte vital (denominadas *limitación del esfuerzo terapéutico*<sup>18</sup>) consideradas fúteis de acordo com critérios clínicos de mau prognóstico e tendo por base, conhecimento científico adequado que assegura as boas práticas. Assim,

---

<sup>17</sup> REAL DECRETO 1723/2012. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Nº 313 Sec I (2012-12-29). 89315-89348 [Em linha]. Acedido em Fevereiro 2013. Disponível em <http://www.ont.es/infesp/Paginas/LegislacionBasica.aspx>

<sup>18</sup> Fonte: OCT - Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico en unidades de cuidados críticos médico-quirúrgicas de adultos

nesta situação em particular, previamente foi efetuada a prova da Universidade de Wisconsin<sup>19</sup>, que consiste num teste que permite prever o tempo decorrente desde, a desconexão do ventilador e extubação até à paragem cardíaca definitiva com linha isoelétrica, averiguando se ocorre em tempo útil aos limites estabelecidos para a transplantação dos órgãos com segurança (ONT, 2012); ainda na UCI foram suspensas algumas medidas, nomeadamente a perfusão de aminas vasoativas, o dador foi sedado e transportado para o bloco pela equipa da UCI; aqui além da equipa responsável pela colheita de órgãos encontrava-se o coordenador da OCT, sendo este o responsável pela extubação (o protocolo assim o exige) e efetuar todos os registos que constam no processo de doação; à chegada do dador a equipa cirúrgica já se encontra preparada mas só avança após a paragem cardíaca. A paragem ocorreu após 15 minutos e o tempo que mediou o início da cirurgia e o da perfusão *in situ* dos órgãos com o soluto de preservação foi apenas de 4 minutos. A técnica cirúrgica utilizada consiste na colheita dos órgãos (neste caso fígado e rins) em bloco e separados posteriormente na *backtable*. Após esta colheita, apenas por curiosidade assisti ao transplante hepático.

Os transplantes renais aconteceram no dia seguinte. Por decorrerem em simultâneo e não estarem disponíveis profissionais de enfermagem suficientes para a sua realização, foi-me proposto (uma vez experiente em enfermagem perioperatória), participar num dos transplantes assumindo a função de enfermeira circulante, aceitei de bom grado e esta revelou-se uma experiência muito gratificante e momento de aprendizagem. Os dadores em assistolia são classicamente considerados subóptimos; a evidência científica mostra resultados similares em termos de função renal e sobrevivência do enxerto nos transplantes efetuados a partir de dadores em morte cerebral e dadores em assistolia, ambos com idades inferiores a 60 anos (SÁNCHEZ-FRUCTUOSO, 2007); no entanto, quando avaliada a função retardada do enxerto e níveis séricos de creatinina nos transplantes renais de dadores em morte cerebral *versus* dadores em assistolia, encontram-se melhores resultados no primeiro grupo (BARLOW et al, 2009); assim como, se compararmos resultados, nos transplantes a partir de dadores em assistolia controlada *versus* não controlada, em termos de disfunção primária e função retardada do enxerto, verifica-se uma maior incidência de casos com função retardada do enxerto nos transplantes resultantes

---

<sup>19</sup>Designa uma pontuação segundo o valor de uma série de itens sobre medidas de suporte e parâmetros fisiológicos (ONT,2012)

de dador em assistolia não controlada, não se verificando no entanto diferenças após o primeiro ano de transplante (DOMÌNGUEZ-GIL et al, 2011).

Ainda num contexto de colheita de órgãos acompanhei uma equipa de colheita de órgãos abdominais, na sua deslocação a um hospital da rede de referência da OCT, para extração de órgãos em dador em morte cerebral.

Como referi anteriormente, a OCT tem um protocolo com a Direção das escolas do 2º ciclo e ensino secundário da Galiza, em que, no início de cada ano letivo são programadas e integradas no plano curricular ações de sensibilização sobre a doação e transplante de órgãos com o objetivo de informar, sensibilizar e consciencializar os alunos sobre esta temática; são ações ministradas por um elemento da OCT juntamente com um doente transplantado que dá o seu testemunho e expõe o seu percurso de doença e de vida; neste caso trata-se de um doente que efetuou um transplante hepático na sequência de uma cirrose, alertando-os também para os malefícios do álcool. Neste contexto, assisti a uma destas ações a uma turma do 8º ano de escolaridade, experiência que se revelou muito interessante. Contrariamente à ideia de partida, que nesta idade não há ainda uma opinião formada sobre este assunto, constatei que, alguns deles apresentam uma opinião formada e fundamentada. A sensibilização de públicos estratégicos e dinamização destas ações é, na minha opinião, um recurso importante para no âmbito desta temática pois promove a discussão, o esclarecimento de dúvidas, estigmas e estereótipos sociais e culturais, assim como, permite a difusão da mensagem. SALIM et al (2013) num estudo efetuado com alunos hispano-americanos do 9º ao 12º anos, onde foi avaliada a intenção de doação de órgãos antes e após um programa educacional e de sensibilização, verificaram um incremento na intenção de doação após ministrado o programa.

Ainda neste ensino clínico, tive oportunidade de conhecer a dinâmica da OCT no que diz respeito, ao programa de transplantação renal decorrente do plano nacional de doação cruzada, criado com o objetivo de otimizar a transplantação renal em número e resultados e oferecer a possibilidade de doação nas situações de incompatibilidade.

Face ao exposto, e fazendo uma apreciação global deste ensino clínico, refiro que este foi muito compensador por permitir, vivenciar outra realidade com projetos e “cultura” diferentes e adquirir e aprofundar conhecimentos na área da doação e

transplantação renal, sendo a avaliação final positiva (ANEXO IV). Acrescento a possibilidade de poder trazer documentação em suporte de papel e digital, que facultei ao GCCT do CHLC – Hospital de São José (ANEXO V).

### **4.3 - Ensino Clínico III - Serviço de Cirurgia – Unidade de Transplantação Renal**

O ensino clínico III foi efetuado na unidade de transplantação renal do serviço de cirurgia do CH atrás citado, decorreu por um período de 9 semanas, de 5 de Dezembro de 2012 a 15 Fevereiro de 2013, com interrupção letiva de 2 semanas no período do Natal.

O serviço de cirurgia está vocacionada para o atendimento do doente cirúrgico, com um perfil de doença cardio-renal associado. Estruturalmente é constituído por; enfermaria com capacidade para 27 doentes; unidade de cuidados intermédios (UCi) com capacidade para 6 doentes, sendo uma das unidades considerada de isolamento, vocacionada não só para a vigilância e optimização do doente no período pós-operatório e/ou pós-anestésico, mas também para o doente de médio e alto risco que necessita de cuidados diferenciados, vigilância permanente das funções vitais e/ou suporte ventilatório; e a unidade de transplantação renal (UTR) com capacidade para o atendimento simultâneo de 3 doentes no período pré e pós transplante renal.

A equipa de enfermagem é constituída por 32 enfermeiros, distribuídos por equipas de 5-6 elementos; Chefe e Coordenadora do serviço; é uma equipa maioritariamente jovem, mas dinâmica, empreendedora e versátil. A grande maioria trabalha em regime de horário rotativo; o método de trabalho é o individual, onde o rácio enfermeiro/ doente não é estanque, mas sim, calculado mediante o número de horas e necessidades de cuidados que cada doente requer, de modo geral na UCI o rácio é 1/2 doentes e na UTR é 1/1.

Na primeira semana deste ensino clínico ( de 5 a 9 Dezembro), por opção própria, permaneci na consulta de transplantação renal, que funciona no espaço físico contíguo à consulta externa. Nesta consulta, são atendidos doentes, no pré e pós transplante renal, seja do programa de dador vivo ou dador cadáver e em regime programado ou de urgência. O candidato a transplante é referenciado a esta consulta por escolha própria conforme diretrizes nacionais (ASST, 2009), e

pressupõe uma primeira avaliação do candidato pelo nefrologista, e por uma equipa multidisciplinar nas consultas subsequentes. No período atrás descrito apenas observei a consulta de enfermagem de um par dador/receptor (cônjuges) inscritos no programa de transplante renal de dador vivo. Este par encontrava-se no estadio intermédio de avaliação, já tendo passado anteriormente pela consulta de nefrologia e psicologia. As várias consultas permitem um estudo exaustivo e avaliação do par no que se refere ao perfil de saúde/doença, estudo de histocompatibilidade, imunológico, laboratorial e imagiológico; assim como, a avaliação do conhecimento, adesão e motivação que possibilitam a exclusão de contraindicações à doação ou transplante. A consulta de enfermagem permite; avaliar física e psicologicamente o par; informar do estadio do processo; esclarecer dúvidas; dar informações gerais sobre as cirurgias (nephrectomia e transplante renal) e alternativas de tratamento; perceber a motivação e se existem pressões para a doação e promover a expressão de sentimentos; para tal é utilizado um impresso próprio que permite a uniformidade de procedimentos na condução da entrevista. Foi curioso perceber o gesto altruísta do dador, altamente motivado para a doação, cuja preocupação era não só, melhorar a qualidade de vida do receptor, mas também dos dois enquanto casal e família. As avaliações subsequentes pressupõe a consulta da assistente social, cirurgião e anestesista; após estas, é obtido o consentimento informado e submetido o processo para a etapa final antes do transplante, o parecer da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA). A EVA é uma entidade multidisciplinar constituída por membros da Comissão de Ética para a Saúde a quem cabe a emissão do parecer vinculativo em caso de dádiva em vida de órgãos para transplante (DESPACHO Nº 26951/2007).

Ainda nesta sequencia, tive oportunidade de observar a reunião multidisciplinar que se realiza semanalmente, com o intuito de analisar e discutir interdisciplinarmente os processos em curso, no sentido de agilizar procedimentos, verificar se há obstáculos à doação/transplantação e delinear o plano de ação subsequente.

O pós transplante pressupõe consulta de *follow-up* de nefrologia e de enfermagem. Nos primeiros meses pós transplante estas são regulares, findo esse período são espaçadas. No período que permaneci nesta consulta tive oportunidade de assistir a várias consultas e em tempos diferentes pós transplante. A equipa de enfermagem é constituída por elementos peritos com larga experiência na área da transplantação

renal, com competência técnico-científicas e relacionais onde impera o humanismo, a sensibilidade e a disponibilidade; fatores que diretamente favorecem uma relação de proximidade e confiança e indiretamente colocam a equipa numa posição privilegiada para diagnosticar, intervir e avaliar resultados. Essencialmente nas várias fases da consulta, além da avaliação física, o cuidado passa pela avaliação e monitorização da adesão ao regime terapêutico validado através do grau de correspondência do comportamento em relação às indicações, em situações de não adesão é expressado o risco e efeitos colaterais, efetivado o reforço do(s) ensino(s), responsabilizando mas não julgando, no sentido de capacitar para a auto gestão onde o enfermeiro atua como agente facilitador, conselheiro e educador. A WHO (2003) na questão da adesão, refere que cinco dimensões interagem e afetam a adesão: fatores relacionados com o tratamento, doente e doença, fatores socioeconómicos e fatores relacionados com a equipa e sistemas de saúde e acrescenta que: investir na adesão significa investir no controle da doença, os doentes precisam de ser ajudados e não repreendidos, aumentar a adesão em termos individuais, aumenta a segurança do doente e que esta é um processo dinâmico que requer acompanhamento e intervenção específica.

Embora curto, este período permitiu perceber o circuito do doente transplantado renal e o papel da enfermagem no cuidado a estes doentes.

A segunda semana deste ensino clínico iniciou-se com uma reunião com o Enfermeiro Chefe do serviço onde, expus o meu percurso de aprendizagem, projeto de formação e objetivos delineados para este ensino clínico; após, foi determinado o Orientador do ensino clínico e respetivo horário. A integração no serviço de cirurgia aconteceu em contexto dinâmico, onde a adaptação foi facilitada pelo contributo eficaz e efetivo de toda a equipa multidisciplinar e permitiu atingir em pleno o objetivo **“integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço”**. Nesta sequência importa referir as dificuldades sentidas no primeiro impacto com a linguagem CIPE integrada no aplicativo informático SAPE. O exercício profissional do enfermeiro deve assentar numa prática que vise a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, neste sentido, é fundamental a existência de registos que documentem a prática pois estes permitem a continuidade, individualização e avaliação dos cuidados, a comunicação interpares e servem de documentação legal. A linguagem CIPE permite introduzir uma nova filosofia à prática, assente numa

linguagem unificada e padrão de identificação de necessidades comum mediante focos de atenção, priorizando e estruturando os diagnósticos e intervenções de enfermagem e fornecendo indicadores que permitem a avaliação das intervenções, e ainda gerando informação que possa ser utilizada na investigação, de forma a contribuir para a tomada de decisão baseada na evidência, otimizar resultados, melhorar a prática e dar visibilidade à profissão (OE, 2009b). A hipótese de obtenção da evidência científica, que permite a transmissão de informação e visibilidade dos cuidados de enfermagem, é imperativa na dignificação e excelência da Enfermagem. Efetuando uma avaliação como utilizadora desta linguagem pela primeira vez, e uma vez ultrapassadas as dificuldades de manuseamento da aplicação informática, posso referir que, facilita muito o trabalho diário; quer pela facilidade de identificação de necessidades de cuidados, diagnósticos e intervenções de enfermagem; quer pela redução de tempo despendido no registo dos cuidados de enfermagem, permitindo ao enfermeiro canalizar a sua atenção no cuidado ao doente.

O objetivo **“desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC submetido a transplante renal”** ficou aquém do planeado, pelas raras oportunidades de interagir com o doente submetido a transplante renal, pela irregularidade desta atividade, sendo que, no período que decorreu o ensino clínico apenas se realizaram dois transplantes de rim de dador cadáver, estes aconteceram quase em simultâneo, coincidiram com o início do ensino clínico, imediatamente antes da interrupção por férias letivas, não permitindo o seu acompanhamento até à alta. No entanto o curto período permitiu a percepção dos cuidados de enfermagem no pré e pós operatório e planeamento dos ensinos. Apenas num dos doentes foi possível acompanhar o processo no período pré operatório. O internamento acontece inesperadamente e causa um misto de ansiedade, pela proximidade cirúrgica e alegria pela perspectiva de vida futura, transcrevo textualmente a observação da Sra. C L aquando do internamento *“Sra. Enfermeira sinto-me nervosa porque aconteceu tudo muito rápido, estava no supermercado e só tive tempo de ir a casa fazer a mala para vir para o hospital, mas é a melhor prenda de anos que se poderia desejar”* (a doente fazia anos no dia seguinte) e acrescenta *“finalmente vou ver-me livre da hemodiálise e ter uma vida normal”*. No período pré operatório, é efetuado o acolhimento e socialização à equipa e serviço e efetivada a colheita de dados que permite a

individualização dos cuidados de enfermagem, o conhecimento dos hábitos de vida e capacidade para a adaptação a esta nova realidade, levantamento de necessidade de cuidados e planeamento de intervenções de enfermagem; similar a qualquer doente cirúrgico, são efetuados todos os meios complementares de diagnóstico e procedimentos de preparação para a cirurgia, acrescido do início da terapêutica imunossupressora e início dos ensinamentos.

No pós-operatório imediato o foco de atenção dos cuidados de enfermagem, centra-se na prevenção, despiste e controlo de complicações; de acordo com um quadro conceptual do processo de enfermagem são planeadas e efetivadas uma série de intervenções que permitem: (1) a optimização do *status* cardiorrespiratório e do equilíbrio hidroelectrolítico com especial atenção ao registo do volume de urina, indicador da função renal e sucesso do transplante; (2) a gestão e controlo da dor e conforto; (3) a prevenção e controlo da infeção, aspeto importante no doente transplantado renal, pelo risco aumentado de infeção decorrente do *deficit* imunitário pela imunossupressão; (4) a vigilância de perdas sanguíneas (MURPHY, 2007b citando Franklin, 2000). Interagi com a equipa e com o doente em todo este processo e prestei cuidados diferenciados demonstrando disponibilidade, conhecimento, competência e interesse. Posteriormente inicia-se o protocolo de ensino que possibilita ensinar, instruir, treinar o doente e validar a sua total compreensão, tendo como objetivo maior facilitar a gestão dos cuidados e da doença, coadjuvar no processo de adaptação, prevenir complicações e permitir o retorno à vida ativa. Este ensino é faseado, inicia-se no segundo dia pós-transplante e os conteúdos são introduzidos hierarquicamente pelo grau de dificuldade e importância, sendo abordados temas tais como: importância da ingestão de líquidos e o controle e registo do volume de líquidos ingeridos/ eliminados; cuidados com a alimentação; a importância da terapêutica imunossupressora, referindo-se a necessidade de cumprir a prescrição médica, riscos e complicações inerentes à não adesão e efeitos secundários associados a esta terapêutica; a vigilância e monitorização dos sinais vitais; riscos associados à exposição solar; importância do cumprimento das consultas programadas no pós-alta e informações gerais sobre o transplante renal. Em todo este processo, os ensinamentos são efetuados até se perceberem e validar a total compreensão e motivação para a adesão manifesta pelo doente. Dos vários ensinamentos apenas foi possível realizar na sua plenitude, o

referente à ingestão, controlo e registo do volume de líquidos e introduzir o ensino sobre a terapêutica imunossupressora.

Nesta sequência, a aquisição de competências nesta área de cuidados, referentes ao período intra operatório, foram efetivadas no decorrer dos ensinamentos clínicos I e II, pela oportunidade de visualizar e intervir como elemento da equipa, nos transplantes renais que aconteceram nesses períodos.

No decorrer deste ensino clínico tive oportunidade de interagir com a pessoa submetida a transplante renal, no decorrer de internamentos por necessidade de cirurgia ou complicações cirúrgicas decorrentes do transplante, permitindo uma experiência diversificada. Nesta interação utilizei a dimensão relacional para validar a adesão ao regime terapêutico e perceber a qualidade de vida obtida após o transplante.

Apresentando o doente cirúrgico, que recorre a este serviço, um perfil de doença cardio-renal associada, nos períodos em que não se encontrava internado nenhum doente submetido a transplante renal permanecia na UCI, prestando cuidados de enfermagem aos doentes com comorbilidade renal associada, permitindo o desenvolvimento e solidificação de competências adquiridas no ensino clínico I e aquisição de novas competências, como seja, a realização de DPCA pela primeira vez, à Sra. L, internada no serviço na sequência de amputação do membro inferior por isquémia.

Ainda no período que antecedeu este ensino clínico participei como formanda no XI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, que decorreu de 4 a 6 de Outubro de 2012 em Coimbra e organizado pela SPT e Associação Brasileira de Transplantação de Órgãos (ANEXO VI). Com um programa científico ímpar, onde prima o rigor científico, a prática baseada na evidência, a partilha de experiências e a atualização no âmbito da transplantação e doação de órgãos, esta formação permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, com reflexo em cuidados de excelência, diferenciação e evolução da prática.

No sentido de atingir com sucesso o objetivo **“contribuir para o desenvolvimento da equipa multidisciplinar integrando projetos de formação já existentes ou inovando”**; foram elaborados dois trabalhos resultantes identificação de necessidades de formação na equipa de enfermagem. O primeiro resume-se à execução de um poster sobre imunossupressão no transplante renal; a sua diluição

e cuidados na administração endovenosa (EV). Porquê este trabalho? Porque no decorrer do ensino clínico identifiquei dificuldades na equipa relativamente à diluição EV dos imunossuppressores, por vezes recorrendo à internet pela inexistência de um protocolo de diluição. Neste sentido, junto do Orientador expus a minha ideia, questioneei-o sobre os fármacos habitualmente usados, efetuei uma pesquisa no site da Infarmed e elaborei um poster com a informação mais pertinente que complementei associando fotos de cada um dos fármacos (APÊNDICE III); após impresso o póster foi colocado na UTR, junto do armário da terapêutica, tornando-se acessível a sua consulta. O segundo trabalho surgiu na sequência de protocolos de atuação instituídos disparem da minha realidade de cuidados relacionados com a manutenção e permeabilidade dos acessos venosos. No hospital onde exerço funções, verificou-se a descontinuidade no uso de solução de heparina na manutenção dos acessos venosos após implementado o uso de obturadores (vulgarmente chamados *Bionecteur*®), contrastando com a realidade da unidade onde me encontrava a realizar o ensino clínico, onde o uso de solução de heparina era uma constante. Duas situações em que esta prática aumentava o potencial de hemorragia (um doente que apresentava uma hemorragia gástrica ativa e um outro com uma trombocitopénia grave), geraram uma reflexão e discussão com alguns elementos da equipa de enfermagem e Orientador e foram o mote à realização do trabalho. Nesta sequência, contactei o Delegado Comercial representante da empresa que comercializa o obturador, que me forneceu documentação e estudos internacionais que permitem fundamentar a prática baseada na evidência no que respeita a recomendações sobre o uso do obturador e o uso de solução salina na manutenção dos acessos venosos em detrimento do uso de solução com heparina, assim como, efetuei uma pesquisa bibliográfica, na procura de *guidelines* nacionais e internacionais sobre a correta manipulação e manutenção dos acessos venosos. Como resultado final foi efetuada uma apresentação (APÊNDICE IV) à equipa de enfermagem, dinamizando a área da formação em serviço, que permitiu; dar resposta às necessidades identificadas; expor a necessidade e vantagem da uniformização de procedimentos e prática baseada na evidência; fomentar a discussão e partilha e contribuir para a unificação e dinâmica enquanto grupo na prestação de cuidados especializados, em suma a melhoria contínua da qualidade. Esta formação foi complementada com a construção de um portefólio informativo em

suporte de papel e digital para consulta, com informação relevante permitindo a fundamentação teóricas da prática. Em anexo encontram-se as referências bibliográficas dos artigos que constam do portefólio (APÊNDICE V).

Embora as condicionantes referidas limitassem as oportunidades de contacto com a pessoa submetida a transplante renal; no final deste ensino clínico, posso afirmar que desenvolvi competências de enfermeiro especialista nos domínios preconizados pela OE, sendo a avaliação final positiva, classificada qualitativamente como Muito Bom (ANEXO VII).

#### **4.4 – Estudo de investigação realizado no Centro Hospitalar**

No sentido de desenvolvimento da experiência prévia na área da doação, manutenção e colheita de órgãos; no período transversal a todos os ensinos clínicos, foi utilizada a metodologia de investigação com o objetivo de avaliar as necessidades de formação e sensibilização dos enfermeiros das UCI sobre a doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral, e posteriormente elaborar um plano de formação.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal de metodologia quantitativa, desenvolvido num CH da Região de Lisboa que tem protocolo com o Ministério da Saúde; em que, todos os hospitais que o integram, são considerados Unidades Autorizadas para Colheita de Órgãos (ASST, 2010).

Por se tratar de um documento extenso remeti para anexo (APÊNDICE VI), apresentando no corpo do relatório somente um resumo do estudo.

Como questões orientadoras da investigação e que traduzem a problemática do estudo desenvolvido referem-se: *“Quais as necessidades de formação dos enfermeiros das UCI sobre a temática: doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral?”* e *“Estão os enfermeiros das UCI sensibilizados para a temática da doação e colheita de órgãos para transplante?”*.

A amostra é não probabilística, de conveniência, constituída pelos enfermeiros que exercem a sua função nas UCI do referido CH. Como método de recolha de dados, foi utilizado o inquérito sob a forma de questionário elaborado por peritos na área que integram o GCCT do CHLC e que me foi facultado (ANEXO VIII); sujeito porém a reformulação mediante objetivos do estudo (APÊNDICE VII).

Foi aplicado pré-teste numa UCI de um Hospital dos arredores de Lisboa, após formalização do pedido (APÊNDICE VIII). Os resultados e *feedback* dos enfermeiros determinaram alterações orientadas e supervisionadas pela Orientadora e Coorientadora ( APÊNDICE IX). O questionário final, visa identificar áreas problemáticas; sendo que, numa primeira parte, permite a caracterização sociodemográfica da amostra e na segunda parte, é constituída por um conjunto de 16 questões fechadas, que nos seus conteúdos permitem, não só, obter a opinião dos participantes, como também, definir quais as áreas em que os enfermeiros das UCI demonstram menos conhecimento.

Cumprindo os requisitos que um trabalho deste âmbito determina, na sua fase metodológica, foi solicitado consentimento para efetivação do estudo e aplicação do questionário à Direção de Enfermagem (APÊNDICE X) que foi deferido (ANEXO IX); em reunião formal foi explicado o propósito do estudo.

Na sua fase empírica; a recolha e tratamento de dados decorreu no período de Dezembro de 2012 até ao final de Fevereiro de 2013. No tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *IBM SPSS Statistics Version 20* com recurso, na sua análise, a testes estatísticos descritivos com determinação de frequências absolutas e relativas e a medida de tendência central, média.

A amostra é constituída por 110 enfermeiros (n=110), maioritariamente do género feminino (76,4%), a média de idades é 35,31 anos e a média de anos de experiência profissional é de 12,38.

Após análise dos resultados verificou-se a existência de lacunas a nível de formação e sensibilização nesta área de cuidados. De forma global, os participantes do estudo, revelam necessidades de formação quando se verifica um nível de conhecimento tendencialmente suficiente. Nas questões que permitem validar a sensibilização, também se quantifica uma maior percentagem de respostas ao nível de suficiente.

No sentido de corroborar esta afirmação, sumariamente podem-se referir como principais resultados: (1) 25,5% dos sujeitos não conhecem a legislação vigente que regula a doação/colheita de órgãos e a transplantação; (2) 15,5 % dos sujeitos referem estar pouco esclarecidos sobre o conceito de morte cerebral e apenas 24,5% dos sujeitos referem ser muito capaz de explicar este conceito; (3) apenas 28,7% dos sujeitos referem muito conhecimento sobre os objetivos da manutenção

do dador e 23,3% referem a manutenção do dador como uma sobrecarga às suas funções; (4) 81,6% dos sujeitos refere que a informação à família sobre a doação é fornecida pelo médico, sendo que 43% referem sentir-se pouco à vontade para o fazer; (5) 48,2% dos sujeitos não o identificam o CHD e 22,9% referem que nunca tem o seu apoio; (6) 24,1% dos sujeitos não conhecem o objetivo do RENNDA; (7) 17,3% dos sujeitos referem que os profissionais das UCI não estão nada motivados para a detecção do potencial dador e apenas 15,5% dos sujeitos referem ter muita informação sobre os procedimentos na doação de órgãos.

No sentido de intervir como especialista de forma a criar condições que garantam a qualidade dos cuidados prestados, impulsionem uma política de melhoria contínua e de formação profissional e de forma a obter ganhos em saúde e assumir o papel de dinamizadora na construção, validação e divulgação do conhecimento científico, e cumprir o planeado secundariamente para este estudo; elaborar um plano de formação e divulgar os resultados; foram contactados os Enfermeiros Chefe das UCI, Direção de Enfermagem, CHD e Responsável pelo programa de transplantação renal do CH no sentido de se organizar um seminário sobre esta temática, extensível a outras classes profissionais e outras unidades de cuidados, ideia que foi aprovada e onde intervirei na sua organização e serão divulgados os resultados do estudo.

A literatura refere que programas de formação nesta área de cuidados visam: aumentar o *pool* de dadores (LIN et al, 2010; COLLINS, 2005); são medidas positivas na uniformização de procedimentos, diminuição do diferencial entre procura e oferta de órgãos e aumento da competência, experiência e conhecimento dos profissionais com reflexo e alteração de atitudes (MEYER, BJORK e EIDE; 2011); contribuem para a expandir o conhecimento, promover a discussão e partilha, minimizar o stress e trauma e desenvolver políticas e procedimentos (PEARSON et al; 2001) e potencializa mudança de comportamentos, nomeadamente na abordagem à família (KIM, FISHER e ELLIOTT; 2006b). INGRAM, BUCKNER e RAYBURN (2002) e KIM, FISHER e ELLIOTT (2006a) referem que, o conhecimento influencia a atitude e que uma base sólida de conhecimento, reforça e estimula atitudes positivas e consistentes.

Tendo em mente o mesmo propósito apresentei no Encontro Renal 2013 um poster com um resumo deste estudo (APÊNDICE XI; ANEXO X) premiado com o terceiro lugar (ANEXO XI) e está prevista a entrega dos resultados do estudo aos

Enfermeiros Chefe das UCI participantes, à Direção de Enfermagem e CHD do CH onde este se realizou, assim como à Direção do GCCT que integro.

#### **4.5 – Implicações éticas**

Todas as áreas que envolvam relação com o outro, essencialmente as áreas da saúde, ganham ênfase na dimensão ética. Esta realidade transmite às mesmas uma especificação própria que norteia o modo pessoal de cada um agir. A consciência e postura ética começa e acaba em cada um de nós, sendo recriada nos nossos comportamentos e ações “dando vida” aos valores que cada um considera; implica “saber estar”, estar presente “para” e “com o outro”. Em Enfermagem, o conceito de comportamento ético não se circunscreve a fenómenos ou “grandes causas” de complexa explicação; encontramos-lo presente na práxis diária, na simplicidade das nossas ações e relações inter e intrapessoais, este propósito adquire expressão, no compromisso que se estabelece com aqueles de quem se cuida em todos os momentos de interação. VEIGA (2006, p.109) refere que “ao enfatizar a responsabilidade relacional para com o outro enquanto ser humano único, a ética do cuidar faz emergir a sua diferença(...)”. Manter uma conduta ética responsável é um dever da enfermagem; envolve o reconhecimento do doente como o centro dos cuidados, portador de dignidade e valores próprios, implica cuidados de excelência baseados no sentido da equidade, humanização e individualização e na abrangência do respeito considerando-o como valor ético fundamental. FERREIRA e DIAS (2005, p. 107) referem que “o ideal ético da enfermagem é cuidar o Homem, tendo como finalidade protegê-lo, preservá-lo e respeitar a sua integridade e dignidade (...)” e acrescentam “o cuidar a pessoa pressupõe uma atitude de profundo respeito assumida em cada intervenção como o princípio de fazer o bem”.

O código deontológico fornece linhas orientadoras enquadrados em princípios e valores específicos, que definem o comportamento esperado dos enfermeiros e visam proteger e defender a pessoa humana como o principal sujeito de cuidados; remetendo-nos para uma prática de enfermagem assente na defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana; no dever de construir a relação tendo por base a igualdade; a verdade; a justiça; o altruísmo e a solidariedade; o cuidar sem qualquer discriminação e juízos de valor evoca a responsabilidade individual de criar ambientes propícios ao desenvolvimento das potencialidades das pessoas e a

responsabilidade da profissão para com a sociedade (NUNES, AMARAL e GONÇALVES; 2005). Neste sentido, na interação com o doente, o enfermeiro deverá assentar a relação e tomada de decisão com base em princípios, virtudes e sensibilidade que permitam cuidados de excelência.

#### **4.6 – Implicações na e para a prática e sugestões**

Como resultado deste trabalho e implicações na prática de cuidados importa referir o seu contributo e significância na melhoria contínua e gestão dos cuidados, no desenvolvimento das aprendizagens, na investigação e melhoria das políticas de saúde a nível organizacional. O processo formativo inerente a uma especialização, desencadeia “saber” e contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional com reflexo na prática, com cuidados diferenciados e de qualidade. Na investigação, pode referir-se o seu contributo enquanto utilizadora permitindo a prática baseada na evidência; assim como o meu contributo na produção de novo conhecimento, que permita, ao identificar necessidades de formação, adequar um plano que possibilite preencher hiatos e impulsionar a atividade de transplantação renal.

O contexto económico e social atual, concorre não só para a desmotivação profissional, mas também para a racionalização da despesa, dimensões que poderão significar a hipoteca da qualidade dos serviços com respostas ineficazes, dificuldades no acesso e desigualdades na qualidade dos cuidados de saúde. Não obstante a esta encruzilhada de políticas, opiniões e pontos de vista, a enfermagem adquire significado nas organizações; sendo no entanto necessário, repensar os cuidados face às mudanças que se operam; importa debater e refletir de forma alargada as questões centrais dos cuidados de enfermagem; a humanização, a qualidade, a eficácia e eficiência, a equidade e justiça.

Todo este percurso de formação, permitiu compreender a problemática da DRC, o peso económico, social, familiar e pessoal que esta representa, políticas instituídas, dificuldades dos doentes e o papel da enfermagem nefrológica. Na minha opinião, para diminuir este “peso”, acho que, o envolvimento precoce de profissionais diferenciados na área de enfermagem nefrológica poderiam “atrasar” a progressão da doença. À semelhança da consulta de esclarecimento porque não enfermeiros especialistas em enfermagem nefrológica nos Cuidados de Saúde Primários?

Ainda nesta linha de pensamento, acho importante que as instituições concebam espaços e momentos de partilha de experiências e formação em grupo, onde o doente e família são os principais atores e dinamizadores.

Em relação à área da doação de órgãos, com base no atrás referido, como contributo à melhoria da qualidade de vida da pessoa com DRC e de acordo com a responsabilidade social do enfermeiro especialista; porque não integrar no plano anual de formação das instituições formações obrigatórias sobre esta temática aos profissionais implicados no processo de colheita e transplantação de órgãos? Ao mesmo tempo, lanço um repto às Escolas de Enfermagem; porque não contemplar nos programas de formação graduada e pós graduada, espaços de formação, que permitam não só, aumentar o conhecimento, mas também potencializem a discussão e sensibilização nesta área de cuidados?

## **5 - CONCLUSÃO**

A elaboração deste relatório constituiu uma aprendizagem permanente, não só pelo conhecimento da metodologia de elaboração do mesmo, mas também pela reflexão do caminho que se construiu e pretende continuar a construir, resultando numa dupla função. Por um lado, analisar o percurso de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais demonstrando capacidade de integração e interação dos “saberes” no sentido de gerar os melhores resultados; por outro lado, embora terminada esta etapa, “aproveitar” o seu contributo como fio condutor e mola impulsora na construção e exploração de novos caminhos e oportunidades de formação e evolução enquanto profissional e pessoa.

Ao longo da sua elaboração senti algumas dificuldades decorrentes da sua própria metodologia e seleção dos conteúdos; embora o maior receio, seja o de não espelhar o percurso de formação; e a maior dificuldade seja, compilar e transmitir toda a análise, reflexão e experiência adquirida no contexto dos ensinamentos clínicos, onde sem dúvida, posso afirmar que, o caminho que determinei e as escolhas que fiz foram uma mais valia na minha formação enquanto pessoa, profissional e cidadã; sendo o potencial de formação que cada uma das unidades de cuidados “ofereceu” reconhecido e maximizado traduzindo-se em termos práticos numa prestação de cuidados diferenciados e de qualidade.

Consciente que o estadiário de iniciado/iniciado avançado (BENNER, 2001) nesta área de cuidados limitou este percurso de aprendizagem (embora com muito valor), apesar de um esforço suplementar e estudo intensivo e direcionado, tenho noção que a aprendizagem teria outra dimensão e profundidade se estadiário de partida fosse mais evoluído. À parte desta limitação, considero ter atingido os objetivos traçados, prestando cuidados com diferenciação técnica, científica e relacional, demonstrando responsabilidade, ética e julgamento clínico na tomada de decisão, com reconhecimento constante dos pares e a integração em novos projetos, como seja integrar a comissão organizadora das II Jornadas do GCCT do CHLC, a realizar em

Outubro do corrente ano e cuja temática central é a colheita e transplantação de órgãos .

Afirmo que este percurso não se prevê estático, rígido e acabado, mas antes dinâmico, flexível, evolutivo e inacabado, passível de reformulação e reavaliação; é apenas, o presente de um futuro em construção; ciente que o investimento contínuo no processo formativo e a procura de novos desafios permite um cuidar cada vez mais diferenciado, abrangente e responsável.

## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson (2011). **Transições e Contextos Multiculturais**. 2ª Edição. Coimbra : FORMASAU, Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-989-8269-13-3.

ABREU, Wilson (2001). **Identidade, Formação e Trabalho – Das culturas às estratégias identitárias dos enfermeiros**. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde, Lda. ISBN: 972-8485-21-2.

ANDANY, Magdalena; KASISKE, Bertram (2003) – Cuidados do doente com transplante renal. **POSTGRADUATE MEDICINE**. Edição Portuguesa. ISSN: 0872-6590. Vol.20, nº 5 (Dezembro 2003). p. 54-67.

ASST (2009). Circular Normativa Nº15/GDG - **Normas de seleção do par dador-receptor em homotransplantação com rim de cadáver**. [Em linha]. (07/2009). Acedido em Abril 2013. Disponível em [http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/circular\\_normativa\\_n15.pdf](http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/circular_normativa_n15.pdf)

ASST – Rede Nacional de Colheita e Transplantação. **Unidades autorizadas-colheita de órgãos**. [Em linha]. (04/2010). Acedido em Outubro 2012. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/transplantacao/servicos/Paginas/redenacional.aspx>

BARLOW, A. et al (2009). Case-matched comparasion of long-term results of non-heart beating and heart-beating donor renal transplants. **British Journal of Surgery**. 96. p.685-691

BARTUCI, Marilyn Rossman (2003). Intervenções em Pessoas com Transplantes de Órgãos e Tecidos. In: PHIPPS, Wilma J ; SANDS, Judith K; MAREK, Jane F – **ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: Conceitos e Prática Clínica Vol. IV- Capítulos 54 a 68**. 6ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-65-7. p. 2501-2534.

BENNER, Patrícia (2001) - **De Iniciado a Perito**. Coimbra. Quarteto Editora. ISBN:972-8535-97X.

BERNARDINI, Judith; PRICE, Valerie; FIGUEIREDO, Ana (2006). IPSP GUIDELINES/RECOMMENDATIONS. **Peritoneal Dialysis International**. Vol.26 (6). Novembro 2006. p.625-632.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (2008) – **Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem**. 2ª Edição. Lisboa : Universidade Aberta. ISBN: 978-972-674-231-9.

CARVALHAL, Rosa ( 2003)- **Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos, Perspetiva dos Atores**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-40-1.

CENTRO DE HISTOCOMPATIBILIDADE DO SUL - **Um pouco de história da transplantação**. [Em linha]. (nd). Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em [http://www.chsul.pt/up/Documentos\\_Publicacoes/Factos\\_Historia\\_Transplantacao.pdf](http://www.chsul.pt/up/Documentos_Publicacoes/Factos_Historia_Transplantacao.pdf)

CHAVES, Virgínia et al (2007). Terapias de desensibilización en el transplante renal. In: BERNAL, José- **Actualizaciones en transplantes**. Sevilha: Egea Impresores. ISBN: 84-690-1311-4. p. 282-286

CHOW, Susan; WONG, Frances (2010). Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse- led case management programme. **Journal of Advanced nursing**. [Em linha]. 66(8). p. 1780-1792. Acedido em Abril de 2013. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&sid=e5456d84-675d-46a8-aa4d-375b13da1c02%40sessionmgr10&hid=10&bdata=Jmxhbm9cCHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=20557392>

COLLINS, Timothy J (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. **Intensive and Critical Care Nursing**. 21. 226-233.

DECRETO-LEI Nº 39/2012. **Diário da República, 1ª Série**. 34 (16/02/2012) 790. [Em linha]. Acedido em Julho de 2012. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/02/03400/0079100793.pdf>

DECRETO-LEI Nº 74/2006. **D.R I Série-A**. 60( 2006-03-24) 2242-2256. [Em linha]. Acedido em Fevereiro 2013. Disponível em <http://www.dre.pt/util/getdiplomas.asp?iddip=20061323>

DECRETO-LEI Nº 553/76. **I Série**. 162(1976-07-13) 1547-1548. [Em linha]. Acedido em Fevereiro 2013. Disponível em <http://www.legislacao.org/primeira-serie/decreto-lei-n-o-553-76-tecidos-orgaos-colheita-morte-46079>

DESPACHO Nº 26951/2007. **Diário da República, 2ª Série.** 227 (26/11/2007) 34157 [Em linha]. Acedido em Abril de 2013. Disponível em <http://www.adrnp-sede.org.pt/imagens/legislacao/EVA%20-%20Dadiva%20de%20Orgaos.pdf>

DESPACHO Nº 6537/2007. **Diário da República, 2ª Série.** 66 (03/04/2007) 8736-8737 [Em linha]. Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0873608737.pdf>

DIARIO DA REPÚBLICA. SERIE I- B Nº 235 (11/10/94) 6160 [Em linha]. Acedido em Junho de 2012. Disponível em <http://www.legislacao.org/primeira-serie/declaracao-de-diario-da-republica-235-94-serie-i-b-de-terca-feira-11-de-outubro-de-1994-cerebral-morte-ausencia-reflexos-121851>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica, Estádio 5. **Norma 017/2011.** [Em linha]. (2011), 1-35. 2012-06-14. Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=21155>

DIRETIVA 2010/45/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. **Jornal Oficial da União Europeia.** [Em linha]. (2010-07-07). 207/14- 207/29. Acedido em Fevereiro 2013. Disponível em [http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RectificacaoDirectiva2010\\_45\\_UE\\_.pdf](http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RectificacaoDirectiva2010_45_UE_.pdf)

DOMÍNGUEZ-GIL, Beatriz et al (2011). Current situation of donation after circulatory death in European countries. **Transplant International.** 24. p. 676-686.

EDTNA/ERCA (2007) - **Doença Renal Crónica (Estádios 1-3), Guia para a prática clínica.** Madrid: Imprenta Tomás Hermanos. ISBN: 978-84-612-0047-4.

EDTNA/ERCA (2007). **Competency Framework.** [Em linha]. Acedido em Julho 2012. Disponível em <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia Orientador Para Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografia e Citações.** [ Em linha]. Acedido em Julho de 2012. Disponível em [http://www.esel.pt/NR/ronlyres/C2BE8B13-0966-4570-807F-A83FA311B591/0/GUIA\\_DEFIN\\_TRAB\\_2011.pdf](http://www.esel.pt/NR/ronlyres/C2BE8B13-0966-4570-807F-A83FA311B591/0/GUIA_DEFIN_TRAB_2011.pdf)

FERREIRA, Manuela e DIAS, Maria (2005) - **Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem.** Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-04-2

- FLODÉN, Anne e FORSBERG, Anna (2009). A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. **Intensive and Critical Care Nursing**. 25. 306-313
- FLOERCHINGER, Bernahard; OBERHUBER, Rupert; TULLIUS, Stefan (2012)- Effects of brain death on organ quality and transplant outcome. **TRANSPLANTATION Reviews**. 26. P. 54-59.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2000) – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- FRANKLIN, Patricia (2005) - Transplante renal. In: THOMAS, Nicola; JEFFREY, Corinne - **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª Edição. Loures : Lusociência. ISBN: 972-8383-85-1.
- GRITSCH, Albin e ROSENTHAL, Thomas (2001). The Transplant Operation and Its Surgical Complications. In: DANOVIATCH, Gabriel – **Handbook of Kidney Transplantation**. 3ª Edição. Philadelphia: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS. ISBN: 0-7817-2066-4.
- HERAS, Manuel Macia (2006). CONCEITO DE DIÁLISE PERITONEAL, FISILOGIA E ANATOMIA. In: Fresenius Medical Care - **Manual Prático de Diálise Peritoneal**. Algés: Revisfarma – Edições Médicas Lda. ISBN:84-934039-1-1. p. 27-32.
- HURTADO, Paola; VALERO, Ricardo (2007)- Manutenção de Dadores de Órgãos . In: UNIVERSITAT DE BARCELONA - **Programa Avançado em Coordenação de Doação/ Transplante**. Barcelona. ISBN 978-84-612-0565-3 p. 98-115
- INGRAM, Jacqueline; BUCKNER, Ellen e RAYBURN, Ann (2002). Critical Care Nurses' Attitude and Knowledge Related to Organ Donation. **Dimensions of Critical Care Nursing**. Vol. 21, nº 6 (Novembro/ dezembro 2002) p. 249-255. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=Jmxhbm9c9cHQtYnImc2I0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2003030472>
- INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO - **Colheita e Transplantação: Dados preliminares de 2012**. [Em linha]. (nd). Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em

[http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos\\_pdf/CT%20dados%20preliminares%202012.pdf](http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos_pdf/CT%20dados%20preliminares%202012.pdf)

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2011) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem : CIPE Versão 2**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-92-95094-35-2

KARMARKAR, Swati; NATARAJAN, Anand (2012) – Kidney transplantation. **ANAESTHESIA AND INTENSIVE CARE MEDICINE**. Vol.13 (6). p. 285-291.

KIM, Jung; FISHER, Murray e ELLIOTT, Doug (2006a). Knowledge levels of Korean intensive care nurse towards brain death and organ transplantation. **Journal of Clinical Nursing**. 15. P.574-580. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012.

Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009333856>

KIM, Jung; FISHER, Murray e ELLIOTT, Doug (2006). Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: instrument development and testing. **Journal of Advanced Nursing**. 53 (5). p. 571- 582. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=10&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=nyh&AN=19826594>

KIMMEL, Paul; COHEN, Scott e WEISBORD, Steven (2008) - Quality of life in patients with end-stage renal disease treated with hemodialysis: survival is not enough! **JNEPHROL** [Em linha]. Vol.21, supl 13, p. 54-58. Acedido em Julho 2012.

Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=89f7f687-a319-4106-8797-57219bd2b7f3%40sessionmgr110&hid=22&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=18446733>

KONTODIMOPOULOS, Nick; PAPPA, Evelina e NIAKAS, Dimitris (2009) - Gender- and age – related benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life. **Journal of Caring Sciences** [Em linha]. Vol. 23(4) (Dezembro 2009) p. 721-729. Acedido em Julho de 2012. Disponível em

<http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=89f7f687-a319-4106-8797->

[57219bd2b7f3%40sessionmgr110&vid=13&hid=125&bquery=AU+\(KONTODIMOPOULOS%2c+Nick\)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbgmZGI9Y2hoJmRiPW55aCZkYj1sdGgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI](http://www.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&hid=125&bquery=AU+(KONTODIMOPOULOS%2c+Nick)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbgmZGI9Y2hoJmRiPW55aCZkYj1sdGgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI)

LANDRENEAU, Kandace; LEE, Katheryn e LANDRENEAU, Michael (2010) – Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Renal Transplantation – A Meta-Analytic Review. **NEPHROLOGY NURSING JOURNAL** [Em linha]. Vol.37, nº1 (Janeiro- Fevereiro 2010) p. 37-44. Acedido em Julho 2012. Disponível em

[http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=110&sid=13911c8e-b37e-438a-969c-](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=110&sid=13911c8e-b37e-438a-969c-3c70f6ffe1ab%40sessionmgr115&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2010579832)

[3c70f6ffe1ab%40sessionmgr115&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2010579832](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=110&sid=13911c8e-b37e-438a-969c-3c70f6ffe1ab%40sessionmgr115&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2010579832)

LEI Nº 22/2007. **Diário da República, 1ª Série**. 124 (29/06/2007) 4146-4150. [Em linha]. Acedido em Julho de 2012. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/41464150.pdf>

LIEM, Ylian et al (2007) – Quality of Life Assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36- Item Health Survey of Patients on Renal Replacement Therapy: A Systematic Review and Meta- Analysis. **The Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research** [Em linha]. Vol.10(5) (Setembro- Outubro 2007) p.390-397. Acedido em Julho 2012. Disponível em

[http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&hid=11&sid=28458f81-8019-4b99-](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&hid=11&sid=28458f81-8019-4b99-b154-6d83a7aead09%40sessionmgr13&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=17888104)

[b154-6d83a7aead09%40sessionmgr13&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=17888104](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&hid=11&sid=28458f81-8019-4b99-b154-6d83a7aead09%40sessionmgr13&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=17888104)

LIN, L. et al (2010). Increasing the Participation of Intensive Care Unit Nurses to Promote Deceased Donor Organ Donation. **Transplantation Proceedings**. 42. p.716-718.

LINHARES FURTADO (2006). Transplantação de órgãos e tecidos. In: PEREIRA, Alves; HENRIQUES, Joaquim – **CIRURGIA Patologia e Clínica**. 2ª Edição. Madrid: McGraw-Hill. ISBN:84-481-4616-6. p.155-184.

MACHADO, Domingos et al (2004) –Transplante Renal. In: PEREIRA, Walter – **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. p.268-298.

- MAGALHÃES, Renato; SANCHES, Marcelo e PEREIRA, Walter (2004) - Doador. In: PEREIRA, Walter –**Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. p.203-229.
- MALDANER, Cláudia et al (2008). FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO NA DOENÇA CRÔNICA: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [Em linha] Porto Alegre. 29(4). (Dezembro 2008). P.647-653.. Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638/4693>
- MARCHÃO, Carlos et al (n.d). INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL-MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E OPÇÕES TERAPÊUTICAS. In: Fresenius Medical Care - **Manual de Hemodiálise para Enfermeiros**. Almedina. ISBN: 978-972-40-4488-0. p. 50-78.
- MEYER, Kathe e BJORK, Ida (2008). Change on focus: from intensive care towards organ donation. **Transplant International: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation**. 21 (2) . p. 133-139. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=17&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=17944801>
- MORRIS, Peter (2004) – Transplantation – A Medical Miracle of the 20th Century. **New England Journal of Medicine**. 351 (26) (Dezembro 2004). p. 2678-2680.
- MOTA, Alfredo (2000) - Vinte anos de transplantação renal nos Hospitais da Universidade de Coimbra. **Acta Urológica Portuguesa** Vol.17, nº4, p. 15-30.
- MURPHY, Fiona (2007a) – The role of the nurse pre-renal transplantation. **British Journal of Nursing**. Vol. 16. Nº10. p. 582-587.
- MURPHY, Fiona (2007b) – The role of the nurse pos-renal transplantation. **British Journal of Nursing**. Vol. 16. Nº11. p. 667-675.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2006) –Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations. **NKF KDOQI GUIDELINES** [Em linha]. Acedido em Março 2013. Disponível em [http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline\\_uphd\\_pd\\_va/va\\_intro.htm](http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uphd_pd_va/va_intro.htm)

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2002) – KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. **NKF KDOQI GUIDELINES** [Em linha]. Acedido em Julho 2012. Disponível em

[http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines\\_ckd/toc.htm](http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm)

NHS (2011). **Organ donation for transplantation: improving donor identification and consent rates for deceased organ donation.** [Em linha]. Acedido em Março de 2013. Disponível em

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13628/57502/57502.pdf>

NIU, Shu-Fen ; LI, I-Chuam (2005) - Quality of life of patients having renal replacement therapy. **Journal of Advanced Nursing.** [Em linha]. Vol. 51(1) (Julho 2005) p. 15-21. Acedido em Julho 2012. Disponível em

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=89f7f687-a319-4106-8797-57219bd2b7f3%40sessionmgr110&hid=22&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=15941456>

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela e GONÇALVES, Rogério (2005) - **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) - **REPE E ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS.** [Em linha]. Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS(2011)-**Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.** [Em linha]. Acedido em Junho de 2012. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** [Em linha]. Acedido em Junho de 2012. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a) – **ESTABELECE PARCERIAS COM OS INDIVÍDUOS E AS FAMÍLIAS PARA PROMOVER A ADESÃO AO TRATAMENTO- Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem(CIPE)** [Em linha]. Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdexaoTratamento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdexaoTratamento.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009b) – **Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos CIPE** . [Em linha]. Acedido em Abril de 2013. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas\\_cipe.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – **Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição** [Em linha]. Acedido em Março de 2013. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRANSPLANTES (2012) – **DONACIÓN EN ASISTOLIA EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL Y RECOMENDACIONES. Documento de Consenso Nacional 2012.** [Em linha]. Acedido em Abril de 2013. Disponível em <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACIÓN%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPAÑA.%20SITUACIÓN%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf>

PERRENOUD, Philippe (2000). **10 Novas Competências para Ensinar**. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN:85-7307-637-2.

PEARSON, Alan et al (2001). Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.10 (1). p. 132-139. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=20&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=JmxhbmMc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=11820230>

PHANEUF, Margot (2005). **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3

PORTARIA 802/2010. **Diário da República, 1ª Série**. 163 (23/08/2010) 3679 [Em linha]. Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0367903680.pdf>

PORTARIA 357/2008. **Diário da República, 1ª Série**. 90 (09/05/2008) 2513- 2515 [Em linha]. Acedido em Março de 2013. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0251302515.pdf>

- QUEIRÓS, Ana (2001) – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8717-07-5.
- RIDLEY, S. (2005). UK guidance for non-heart-beating donation. **British Journal of Anaesthesia**. 95 (5) . 592-595 [Em linha]. Acedido em Abril de 2013 Disponível em <http://bjaoxfordjournals.org/content/95/5/592.full.pdf+html>
- RIOS, A. et al (2005). Attitude Toward Deceased organ Donation and Transplantation Among the Workers in the Surgical Service in a Hospital With a Transplant Program. **Transplantation Proceedings**. 37. p.3603-3608.
- ROY, Callista; ANDREWS, Heather (2001) - **Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-175-8.
- RUA, Marília (2011). **De Aluno a Enfermeiro - Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-68-4
- SALGUEIRO, Jesus et al (n.d). COMPLICAÇÕES E ACIDENTES. In: Fresenius Medical Care - **Manual de Hemodiálise para Enfermeiros**. Almedina. ISBN: 978-972-40-4488-0. p. 260-280.
- SALIM, A. et al (2013). Increasing Intent to Donate in Hispanic American High School Students: Results of a Prospective Observational Study. **Transplantation Proceedings**. 45. p. 13-19.
- SÁNCHEZ-FRUCTUOSO, Ana (2007). Transplante renal de donante en asistolia. In: BERNAL, José- **Actualizaciones en transplantes**. Sevilha: Egea Impresores. ISBN: 84-690-1311-4. p. 236-240.
- SCHNITZLER, Mark A et al (2005). The Life-Years Saved by a Deceased Organ Donor. **American Journal of Transplantation**. 5 (Maio 2005). p.2289-2296.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA [Cd-rom] – **Relatórios Anuais. Gabinete de Registo**. [S.l]: Sociedade Portuguesa de Nefrologia. 2013.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO (2012) - **REGISTO PORTUGUÊS DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL 1980-2011**. [Em linha]. Acedido em Fevereiro de 2013 Disponível em <http://www.spt.pt/?lop=conteudo&op=ca46c1b9512a7a8315fa3c5a946e8265&id=bf8229696f7a3bb4700cfddef19fa23f>
- SOUSA, Miguel (2006) – Transplante Renal: Condicionalismos e implicações. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 66 (Maio 2006). p.55-58.

- TAVALLAI, Seyed et al (2009) - Sexual Function: A Comparison Between Male Renal Transplant Recipients and Hemodialysis Patients. **The Journal Of Sexual Medicine** [Em linha] Vol.6 (1) (Janeiro 2009) p.142-148. Acedido em Julho 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=17&sid=89f7f687-a319-4106-8797-57219bd2b7f3%40sessionmgr110&hid=22&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=19170845>
- THOMSON, Euan e McKEOWN, Dermont (2012) –Organ donation and management of the potential organ donor. **ANAESTHESIA AND INTENSIVE CARE MEDICINE**. Vol.13 (6). p. 252-258.
- VEIGA, João (2006) - **Ética em Enfermagem: Análise, problematização e [re]construção**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-218
- WHO (2003) – **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**. Geneva: WHO. ISBN: 92 4 154599 2. [Em linha]. Acedido em Abril 2013. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- WILD, Janet (2005). Diálise peritoneal. In: THOMAS, Nicola e JEFFREY, Corinne – **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-85-1. p.225-287.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Avaliação Ensino Clínico I – Unidade HD



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

### AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

O percurso profissional da formanda e o contexto de especialidade convergem para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Durante o estágio na Unidade de Hemodiálise, participou ativamente na prestação de cuidados aos doentes assistidos na Unidade. De realçar que a formanda apesar de não ter nenhum contacto com esta técnica dialítica demonstrou interesse e capacidade na integração da técnica. Durante o estágio, confrontou-se com diferentes situações de vida, demonstrando grande capacidade de reflexão crítica sobre a prática, mediante discussão de casos com o orientador e outros elementos da equipa de enfermagem.

Integrou-se facilmente na equipa e contribuiu para a manutenção de um bom ambiente de trabalho.

A relação com o doente foi muito boa, estabelecendo uma relação terapêutica e de confiança eficaz.

O desenvolvimento dos objetivos foi de acordo com o planificado. No ponto relacionado com formação, foi proposto um manual de acolhimento para o doente que inicia a técnica hemodialítica, tendo tido aceitação por parte da formanda.

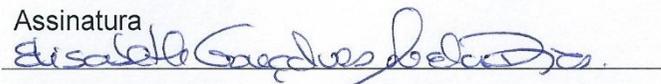
Foi um estágio rico em experiências que considero terem contribuído de forma eficaz no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de enfermagem nefrológica.

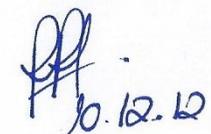
Pelo exposto, considero que a avaliação qualitativa corresponde a **Muito Bom**.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

Data: 10/12/2012 Orientador  
Elisabete Gonçalves Avelar Dias

Data: Estudante  
Maria de Fátima Gonçalves

Assinatura  
  
MARIA DE FÁTIMA MOLEIRA GONÇALVES

  
10.12.12.

**AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Nome: **Maria de Fátima Gonçalves** Instituição: **H [redacted]** Serviço: **Nefrologia – Unidade de Hemodiálise**  
Efectuado de **1 / 10 / 2012 a 27 / 10 / 2012** Docente: **Luís Rato Reis** Orientador: **Enª Elisabete Avelar**

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais Insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	<b>Bom +</b>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<b>Bom +</b>
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<b>Muito Bom</b>
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<b>Muito Bom</b>

O Docente:

*[Handwritten signature]*

Orientador:

*[Handwritten signature]*

Data: **10 / 12 / 2012**

## **ANEXO II**

Avaliação Ensino Clínico I – Unidade DP



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-  
CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

### AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Integrado no Ensino Clínico I, a enf.<sup>a</sup> Fátima Gonçalves desenvolveu parte do seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal onde esteve presente de forma assídua.

Durante a sua estadia da UDP, assistiu a Consultas de Rotina de Diálise Peritoneal, Consultas de Nefrologia-Opções e a procedimentos específicos da unidade, como sendo a realização dos Testes de Equilíbrio Peritoneal e a substituição de prolongadores. Teve ainda oportunidade de acompanhar (quase integralmente) o ensino de DPCA que é feito ao doente quando induz a técnica.

Embora a DP seja uma área desconhecida para si, o estágio desenvolvido não foi meramente observacional mas também interventivo; em todo o seu decurso, a enf.<sup>a</sup> Fátima demonstrou sempre muito interesse em aprender, intervindo e colocando questões muito pertinentes. Demonstra muito á vontade e facilidade no contato com o doente e família, assim como se integrou na equipa multidisciplinar de forma "natural".

Tendo em conta o que foi escrito anteriormente e os objectivos que traçou para o estágio na UDP, estes foram atingidos na plenitude, pelo que avalio qualitativamente o estágio da enf.<sup>a</sup> Fátima Gonçalves de Excelente.

**Avaliação qualitativa:** Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

**Data:** 26-11-2012

**Orientador:** Enf.<sup>a</sup> Sara Pereira

**Assinatura:**

**Data:** 26-11-2012

**Estudante:** Enf.<sup>a</sup> Fátima Gonçalves

**Assinatura:**

FÁTIMA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Nome: M<sup>a</sup> de Fátima Moreira Gonçalves

Instituição: [REDACTED]

Serviço: Unidade de Diálise Peritoneal

Efectuado de: 29-10-2012 a 06-11-2012 e 26-11-2012

Docente: Enf.<sup>a</sup> Rita Reis

Orientador: Enf.<sup>a</sup> Sara Pereira

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	Muito Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Excelente
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Excelente
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Excelente

O Docente: Enf.<sup>a</sup> Rita reis

Orientador: Enf.<sup>a</sup> Sara Pereira

Data: 26 de Novembro de 2012

### **ANEXO III**

Certificado de participação no Encontro Renal 2013



Sociedade  
Portuguesa  
de Nefrologia

## Maria de Fátima Moreira Gonçalves

Participou no XXVII Congresso da APEDT,  
realizado de 10 a 13 de Abril de 2013,  
no Centro de Congressos de Vilamoura, Algarve

Presidente da APEDT  
Presidente do Congresso APEDT  
Fernando Vilares

SPN - Sociedade Portuguesa  
de Nefrologia

Instituição de Utilidade Pública  
Registo Nº 36.334

Largo do Campo Pequeno,  
Nº 2 - 2º A  
1000 - 078 Lisboa  
Portugal

Tel. (+351) 217 970 187  
Fax (+351) 217 941 142

[www.spnefro.pt](http://www.spnefro.pt)  
[geral@spnefro.pt](mailto:geral@spnefro.pt)

NIF: 504 412 973



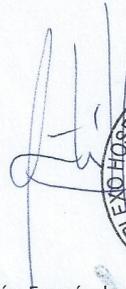
## **ANEXO IV**

Avaliação Ensino Clínico II – Oficina de Coordinación de Transplantes

A Coruña, 21-Noviembre-2012

Dr. Antón Fernández García, responsable de la Oficina de Coordinación de Trasplantes del C [REDACTED], CERTIFICA que Dña. Fátima Moreira Gonçaves, enfermera de nacionalidad portuguesa con documento de identidad nº 9899784 emitido el 02/12/2005 ha realizado una estancia formativa entre los días 12 y 21 de este mes en este Centro, formando parte de las actividades de donación y trasplante desarrolladas, como parte práctica del 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Area de Especializaçao Médico –Cirúrgica – Vertente de Enfermagem Nefrológica.

Durante su estancia, Dña. Fátima ha mostrado muy buena disposición y gran conocimiento de todo el proceso de donación y trasplante de órganos.


Dr. Antón Fernández

Coordinador de Trasplantes

[REDACTED]

**Complejo Hospitalario Universitario**  
**A Coruña**

www.galiciasaude.es  
Tel. 981 178 000  
Xubias de Arriba, 84  
15006 A Coruña

## **ANEXO V**

Certificado do Gabinete Coordenador Colheita e Transplante

---

## DECLARAÇÃO

---

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira **Maria de Fátima Moreira Gonçalves**, com o número mecanográfico 12 551, tem colaborado activamente nas formações organizadas pelo Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

Desta colaboração destacam-se:

- Participação na Comissão Organizadora das I<sup>as</sup> Jornadas do GCCT do Hospital de S. José;
- Participação na Comissão Organizadora das II<sup>as</sup> Jornadas do GCCT do Hospital de S. José, a realizar nos dias 24 e 25 de Outubro de 2013;
- Participação na Formação em Serviço organizada pelo Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação;
- Documentação facultada ao Gabinete, no âmbito do estágio que realizou na Coruña – vídeos sobre técnica de colheita, manual de bolso para coordenadores hospitalares de doação e alguns artigos sobre o programa de colheita de órgãos em dador em assistolia.

De referir que a Enfermeira supracitada acrescenta valor à equipa do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, pois é uma colaboradora muito proactiva.

Lisboa, 25 de Março de 2013



---

Directora do GCCT- Maria da Cruz Palma (Enf<sup>a</sup> Chefe)  
Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

## **ANEXO VI**

Certificado de participação no XI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação

XI CONGRESSO  
LUSO BRASILEIRO  
DE TRANSPLANTAÇÃO



4-6 OUTUBRO 2012 · COIMBRA · PORTUGAL

**CERTIFICADO DE PRESENÇA**

Certifica-se que

**Maria de Fátima Moreira Gonçalves**

participou no **XI Congresso Luso Brasileiro de Transplantação**, que decorreu de 4 a 6 de Outubro de 2012,  
no Hotel Vila Galé – Coimbra – Portugal.

Coimbra, 6 de Outubro de 2012

Manuel Antunes  
Presidente do Congresso

Fernando Macário  
Presidente da SPT

ORGANIZAÇÃO:



## **ANEXO VII**

Avaliação Ensino Clínico III – Serviço de Cirurgia – Unidade de Transplantação  
Renal



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

### AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Conseguiu integrar a equipa multidisciplinar e a organização do  
serviço; - Contribuiu para o desenvolvimento de equipa multidiscipli-  
nário no âmbito do projecto de formação na área de transplantes renal  
e na manutenção cateter venoso periférico; - sujeito à irregulari-  
dade de Transplantação a prestação de cuidados de enfermagem  
à pessoa com DRC submetido a Tx Renal não foi a mais favorável,  
onde assim conseguiu desenvolver competências nesta área.  
Avaliação qualitativa - Muito Bom.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

Data:

Orientador

Maria João Paula Regaladas Marques

Assinatura

Maria João Marques

Data:

Estudante

MARIA DE FÁTIMA MOREIRA GONÇALVES

FÁTIMA GONÇALVES

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: MARA DE Fátima M. Gonçalves Instituição: [REDACTED] Serviço: Serviço de Urgência Geral - Unidade de Transplantação Renal  
Efectuado de 05/12/2012 a 15/fev/2013 Docente: INF. Rita Reis Orientador: INF. MARIA JOÃO MARQUES

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissional que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	16
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	18
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	18
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	18

O Docente: [assinatura]

Orientador: Maria João Marques

Data: 15/02/2013

## **ANEXO VIII**

Questionário do GCCT

## Questionário de Avaliação da Sensibilização dos Profissionais das UCIs para a Doação de Órgãos e Tecidos

O presente questionário é anónimo e confidencial. Destina-se a avaliar e a otimizar o trabalho de sensibilização para a detecção do potencial dador nas UCIs, efectuado pelos profissionais afectos ao Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação (GCCOT). Este trabalho insere-se no âmbito do Programa de Desenvolvimento do GCCOT no início do novo século.

A sua opinião é fundamental para a redefinição de estratégias de intervenção mais adequadas.

Responda assinalando com  a sua opção.

Preencha, por favor, os seguintes dados:

Obrigado pela sua colaboração

<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Idade</b>  __ __	<b>Serviço</b> _____	<b>Grupo Profissional</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro
<b>1 – Está de acordo com a doação de órgãos e tecidos para transplantação?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>2 – Doaria os seus órgãos e tecidos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>3 – Doaria os órgãos e tecidos dos seus familiares ?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>4 – Está esclarecido sobre o conceito de morte cerebral ?</b> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nada			
<b>5 – Seria capaz de explicar o conceito?</b> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nada			
<b>6 – Defina-o.</b> _____			
<b>7 – Quando considera que um potencial dador é um dador confirmado ?</b>			
7.1 – Após as 1 <sup>as</sup> provas de morte cerebral			<input type="checkbox"/>
7.2 - Após as 1 <sup>as</sup> provas de morte cerebral, RENNDA e avaliação clínica.			<input type="checkbox"/>
7.3 – Após as 2 <sup>as</sup> provas de morte cerebral.			<input type="checkbox"/>
<b>8 – Conhece os objectivos da manutenção do dador multiorgânico ?</b> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nada			
<b>9 – Encara a manutenção do dador como ?</b>			
9.1 – Um processo normal das suas funções?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9.2 – Uma sobrecarga às suas funções?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9.2.1 – Se sim porquê?			
<input type="checkbox"/> Processo complicado;			
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimentos;			
<input type="checkbox"/> Falta de apoio:			
<input type="checkbox"/> Médico		<input type="checkbox"/> Enfermagem	<input type="checkbox"/> GCCOT

**10 – Os Familiares do dador são informados da doação de órgãos e tecidos ?**  
 Sempre                       Frequentemente                       Raramente                       Nunca

**11 – Sentir-se-ia à vontade para o fazer ?**  
 Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada

**12 – Quem considera que deveria prestar esta informação ?**

12.1 - A equipa da unidade de cuidados intensivos

12.2 - Um elemento do GCCOT

12.3 - Equipa conjunta da unidade e do GCCOT

**13 – A sua unidade dispõe de um espaço com privacidade para receber a família ?**  
 Sim                       Não

**14 – Considera existir uma idade limite para a doação de órgãos e tecidos ?**  Sim                       Não  
Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

**15 – Identifica o coordenador do Gabinete de Colheita ?**  Sim                       Não

**16 – Tem o apoio do coordenador do Gabinete de Colheita quando necessário ?**  
 Sempre                       Frequentemente                       Raramente                       Nunca

**17 – Na sua Unidade o Coordenador de Colheita é notificado da existência de um potencial dador ?**  
 Sempre                       Frequentemente                       Raramente                       Nunca

**18 – Conhece o objectivo do Registo Nacional de Não Dador (RENDA) ?**  Sim                       Não

**19 – Quais os tipos de transplantação que pensa que se efectuam nos Hospitais Cívicos de Lisboa?**

**18.1 – Órgãos:**  
 Rim                       Fígado                       Coração                       Pulmão                       Pâncreas

**18.2 - Tecidos**  
 Córneas                       Pele                       Válvulas cardíacas                       Osso

**20 – Considera que os profissionais da sua Unidade estão motivados para a detecção do potencial dador ?**  
 Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada

**21 – Considera que está informado sobre os procedimentos da doação de órgãos e tecidos ?**  
 Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada

**22 – Que tipo de informação gostaria de ver tratada no âmbito da colheita e transplantação de órgãos e tecidos ?**  
\_\_\_\_\_

Obrigado pela sua disponibilidade e participação!

## **ANEXO IX**

Autorização da Direção de Enfermagem do CH

*Autenticado*  
Idolinda [assinatura]  
Directora de Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
8/11/12

À Direção de Enfermagem do [redacted]

*ao Sr. [redacted]  
João Fernandes  
Srta. Isabel Caspary  
[redacted]*

Maria de Fátima Moreira Gonçalves, aluna do 3º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção em Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no momento a efetuar Ensino Clínico no Serviço de Nefrologia do [redacted]; venho por este meio solicitar, a autorização para aplicação de um questionário aos Enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar [redacted]

FERNANDA ROSA  
Enfermeira Directora

Vogal Executiva do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de [redacted]

Sendo o [redacted] um centro de referência e pioneiro na área da transplantação, o objetivo deste questionário é, avaliar o nível de conhecimentos e sensibilização dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos do [redacted] para a temática da doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral.

Atenciosamente  
Lisboa, Outubro de 2012

MARIA DE FATIMA MOREIRA GONCALVES  
Email de contacto – fatima1999@gmail.com

*Arquivada cópia  
Enf. Fernanda Rosa  
C. Inf. V. Lbanc  
9/11/12  
[assinatura]*

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
Entrada Nº	3028
Data	02/11/2012
CA	DC DE X DM

## **ANEXO X**

Certificado Comprovativo de Apresentação do Póster



**Sociedade  
Portuguesa  
de Nefrologia**

## **Fátima Gonçalves**

Apresentou o Poster

**“Transplantação renal: doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral”**

Elaborado por Fátima Gonçalves; no **XXVII Congresso da APEDT**, realizado de 10 a 13 de Abril de 2013, no Centro de Congressos de Vilamoura, Algarve

Presidente da APEDT  
Presidente do Congresso APEDT  
Fernando Vilarés

SPN - Sociedade Portuguesa  
de Nefrologia  
Instituição de Utilidade Pública  
Registo N° 36.334

Largo do Campo Pequeno,  
N° 2 - 2° A  
1000 - 078 Lisboa  
Portugal

Tel. (+351) 217 970 187  
Fax (+351) 217 941 142

[www.spnefro.pt](http://www.spnefro.pt)  
[geral@spnefro.pt](mailto:geral@spnefro.pt)

NIF: 504 412 973



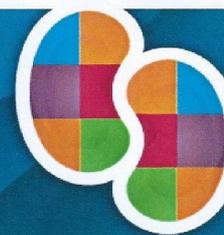
## **ANEXO XI**

Comprovativo de Prémio do Póster

# ENCONTRO RENAL 2013

10 a 13 de Abril

Centro de Congressos de Vilamoura, Portugal Hotel Tivoli Marinotel



▪ Cursos  
Pré-Congresso

▪ XXVII Congresso  
Português de Nefrologia

▪ XXVII Congresso  
APEDT

▪ V Congresso  
Luso-Brasileiro  
de Nefrologia

## Poster

### 3º Prémio

## Prémio APEDT

2 Inscrições no Encontro Regional  
APEDT 2013

Tema

Transplantação renal: doação, manutenção e colheita  
de órgãos no (potencial) doador em morte cerebral.

Autor

Fátima Gonçalves

Representante da APEDT

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Cronograma de Atividades



## **APÊNDICE II**

Guia de Acolhimento “Viver e Conviver com a DRC”

## Viver e conviver com a doença renal crónica



Hospital de  
Serviço de Nefrologia  
Outubro de 2012

Enf<sup>a</sup> Cristina Dias  
Enf<sup>o</sup> João Casal  
Enf<sup>a</sup> Fátima Gonçalves  
Enf<sup>a</sup> Sónia Santos

## ÍNDICE

<p><b>O rim</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anatomia</li> <li>▪ Funções dos Rins</li> </ul> <p><b>Alteração da função renal e complicações associadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anemia</li> <li>▪ Doenças ósseas</li> <li>▪ Edema agudo do pulmão</li> </ul> <p><b>Doença renal crónica (DRC) avançada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DRC avançada - principais causas</li> <li>▪ DRC avançada - Diabetes</li> <li>▪ DRC avançada - HTA</li> </ul> <p><b>DRC avançada – Terapia de substituição da função renal (TSFR)</b></p>	<p><b>Hemodiálise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemodiálise – Princípios básicos</li> <li>▪ Hemodiálise – Acessos vasculares</li> <li>▪ Acessos vasculares - FAV</li> <li>▪ Acessos vasculares – Prótese</li> <li>▪ Cuidados com o acesso vascular</li> <li>▪ Acessos vasculares - Cateteres</li> <li>▪ Acessos vasculares – Complicações</li> </ul> <p><b>Diálise Peritoneal</b></p> <p><b>Transplante Renal</b></p> <p><b>Vantagens/Desvantagens das TSFR</b></p>	<p><b>Tratamento Conservador</b></p> <p><b>Viver com DRC – Alimentação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação</li> <li>▪ Restrição Hídrica</li> </ul> <p><b>Sexualidade</b></p> <p><b>Atividade profissional</b></p> <p><b>Diálise e viagens</b></p> <p><b>Doente renal crónico em Portugal</b></p> <p><b>Contactos úteis</b></p> <p><b>Bibliografia</b></p>
--	--	--

## O Rim

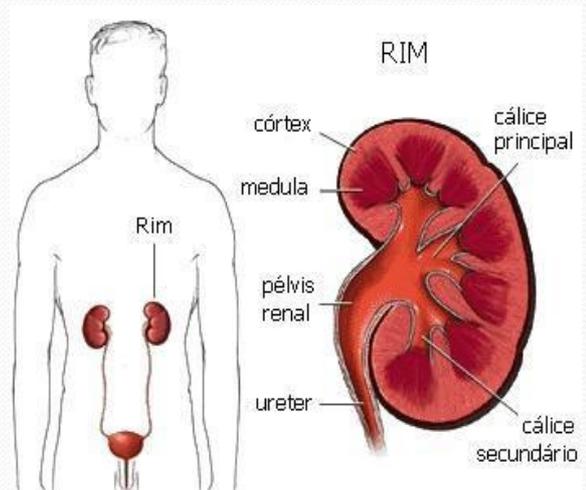


(google -Insuficiência renal)

## Anatomia

O ser humano possui dois rins que têm cor vermelho-escuro e a forma de um grão de feijão.

Localizam-se nas costas um de cada lado da coluna e são protegidos pelas últimas costelas.



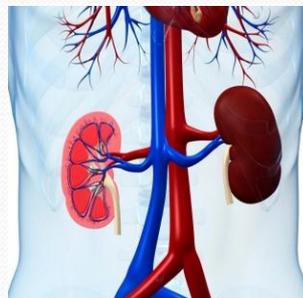
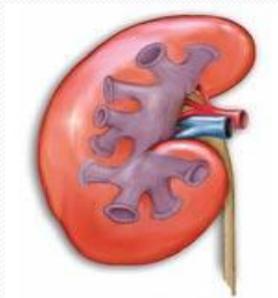
Fonte: DGS (2011)

# Funções dos Rins

**EXCRETORA**

**REGULADORA**

**SECRETORA**



# Funções dos Rins

**EXCRETORA**

- O Rim elimina substâncias tóxicas resultantes do metabolismo, como ureia e creatinina.
- Elimina substâncias tóxicas provenientes do meio externo, como medicação, alimentação, etc.
- Produção de urina para eliminação das substâncias tóxicas.

# Funções dos Rins

## REGULADORA

- **Manter o equilíbrio de eletrólitos** no corpo humano, tais como sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, bicarbonato, hidrogénio, cloro e outros;
- **Regular o equilíbrio ácido-base**, procurando manter constante o pH ideal do organismo que deve ser ligeiramente alcalino, idealmente entre 7,36 a 7,42;
- **Regular a pressão e o volume** de líquido corporal, retendo ou eliminando o excesso de água do organismo, ou seja, manter a pressão e o volume hídrico constante;
- **Regular a composição sanguínea** de glóbulos vermelhos, sais minerais, hormonas, nutrientes e outros;
- **Regular a absorção de cálcio**, preservando a composição dos ossos e dentes.

# Funções dos Rins

## SECRETORA

### Produção de:

- **Eritropoietina** que estimula a produção de glóbulos vermelhos;
- **Renina** regula a tensão arterial;
- **Vitamina D** atua no metabolismo dos ossos e regula a concentração de cálcio e fósforo no organismo.

## Alteração da Função Renal e Complicações Associadas

- Se uma ou mais funções dos rins estiverem comprometidas, é necessário adoptar medidas que possam garantir, que estas mesmas não evoluam ou cessem.
- Numa fase inicial da doença renal a manutenção destas funções pode ser assegurada por medicamentos e dieta específica.
- Numa fase mais avançada da doença renal, a manutenção destas funções é assegurada não só através de medicamentos, dieta, mas também, através da realização de um tratamento específico de substituição da função renal.

## Alteração da Função Renal e Complicações Associadas

### **Complicações mais frequentes:**

- Anemia
- Doença óssea
- Edema agudo do pulmão

# Anemia?

**Ocorre devido à diminuição da produção de eritropoietina.**

**Sintomas mais comuns:**

- Fadiga/Cansaço,
- Debilidade/Falta de força/Fraqueza
- Dificuldade de concentração
- Pele pálida

**Terapêutica utilizada:**

- Eritropoietina humana (subcutânea ou endovenosa)
- Ferro (via oral ou endovenosa).

# Doenças Ósseas

**Associada a alterações do metabolismo do cálcio/fósforo por:**

- *Deficit* de produção de vitamina D;
- Retenção de fósforo;
- Alteração na secreção e produção de paratormona (hormona reguladora dos níveis de cálcio no sangue).

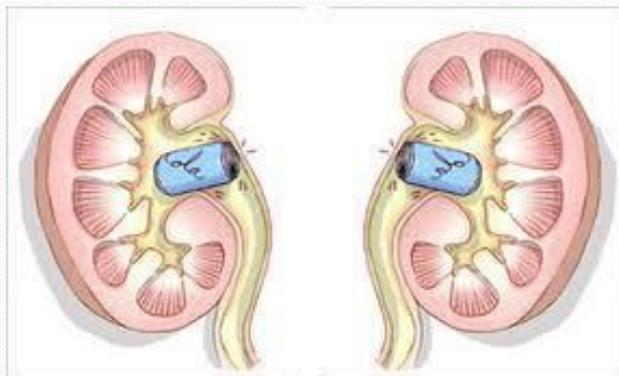
**Terapêutica utilizada:**

- Derivados da vitamina D ( Alfacalcidol, Colicalciferol);
- Cinacalcet;
- Captadores de fósforo (Sevelamer, Hidróxido de alumínio, Carbonato de cálcio).

## Edema Agudo do Pulmão

- Na fase inicial da doença renal a função excretora do rim encontra-se levemente comprometida levando à formação de edemas (“inchaço”) nos membros inferiores, superiores e face, devido à retenção de líquidos.
- Na fase mais avançada verifica-se a acumulação de líquidos a nível dos pulmões, causando “falta de ar”.
- **O tratamento do Edema Agudo do Pulmão é emergente e inclui obrigatoriamente a realização de hemodiálise.**

## Doença Renal Crónica Avançada



Os rins, de forma irreversível, perdem a capacidade de realizar as suas funções eficazmente

## Doença Renal Crónica Avançada Principais Causas

De entre as várias causas da DRC destacam-se: a Diabetes e a Hipertensão Arterial

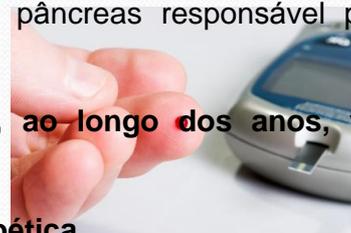
**"A diabetes mantém-se como a primeira causa de IRC estadio 5 nos doentes a iniciar tratamento"** (SPN, 2011)



Fonte: SPN (2011)

## Doença Renal Crónica Avançada Diabetes

- A diabetes é uma doença caracterizada por níveis elevados de glicose (açúcar) no sangue.
- Ocorre quando não há *deficit* de produção de insulina ou quando o organismo não a consegue utilizar corretamente.
- A insulina é uma hormona produzida no pâncreas responsável pela regulação da glicose.
- **Níveis elevados de glicose no sangue, ao longo dos anos, vão provocar alterações em vários órgãos.**
- A nível renal provocam a Nefropatia Diabética.



**É essencial controlar os níveis sanguíneos de glicose**

## Doença Renal Crónica Avançada Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial (HTA) é uma doença caracterizada por níveis elevados de pressão sanguínea nas artérias.

**A HTA é uma doença crónica, no entanto controlável. Como?**

Com medicação, controlo de factores de risco e adopção de estilos de vida saudáveis

- Reduza o consumo de sal;
- Evite as gorduras;
- Evite o álcool;
- Deixe de fumar;
- Previna o excesso de peso,
- Evite o stress,
- Pratique exercício físico.



Fonte: Google

## Doença Renal Crónica Avançada Terapia de Substituição da Função Renal

**Hemodiálise**

**Diálise Peritoneal**

**Transplante Renal**



# Hemodiálise

Técnica que substitui, de forma parcial, as funções do rim.

Recorrendo à utilização de uma máquina que filtra o sangue, através de um filtro específico - "rim artificial".



Fonte: DGS (2011)

# Hemodiálise



Fonte: DGS (2011)

É através do filtro (dialisador) que ocorre a troca de substâncias entre o sangue e a solução preparada "banho de diálise"



## Hemodiálise- Princípios Básicos

Durante o tratamento, o sangue irá ser “limpo” das substâncias tóxicas e simultaneamente enriquecido com as que se encontram em falta.

A hemodiálise **não substitui totalmente a função dos rins**, mas proporciona qualidade e esperança de vida.

## Hemodiálise – Princípios Básicos

- **Duração do tratamento:**  
4 horas
- **Frequência do tratamento:**  
3 x semana



Fonte: Google

## Hemodiálise Acessos Vasculares

Para a execução desta técnica, é imprescindível o acesso ao aparelho circulatório de forma a obter sangue suficiente para executar o tratamento.

### **Tipos de acessos vasculares:**

- Fístula artério-venosa (FAV);
- Prótese ou enxerto;
- Cateter provisório ou de longa duração.

## Acessos Vasculares - FAV

**O melhor acesso vascular é a fístula artério-venosa**



Fonte: Vachharajani (2010)

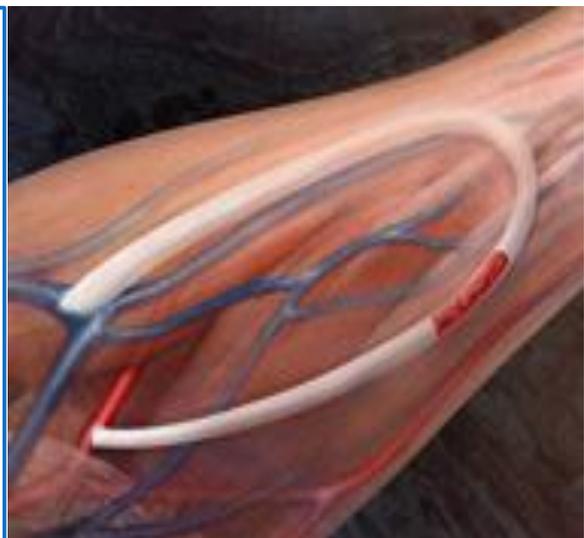
## Acessos Vasculares - FAV



**FAV Desenvolvida**

## Acessos Vasculares - Prótese

Quando por “más veias” não é possível construir uma FAV, opta-se pela construção de uma prótese (união da artéria com a veia através de um tubo semelhante a borracha).



## Cuidados com o Acesso Vascular

O membro onde foi construído o acesso (FAV ou Prótese) não deve ser utilizado para outros procedimentos que não a Hemodiálise, estando **CONTRA-INDICADO**:

- Avaliação da tensão arterial;
- Cateterizações (administração de medicação EV);
- Colheitas de Sangue



Fonte: DGS (2011)

## Cuidados com Acesso Vascular

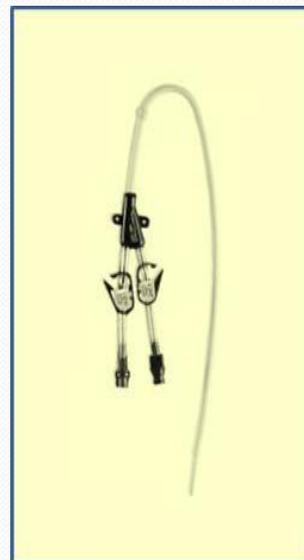
### **Outros cuidados:**

- Vigiar o funcionamento (FAV ou enxerto), palpando o local para verificar a vibração e o pulso;
- Não garrotar o local (evite usar relógio se a FAV se localizar no punho);
- Evitar transporte de pesos (pendurar a mala no braço do acesso, carregar sacos de compras, etc);
- Lavar bem o braço do acesso antes de cada sessão de tratamento.

## Acessos Vasculares - Cateteres

Quando é necessário iniciar hemodiálise de urgência ou quando a FAV ou prótese já estão construídas mas ainda não estão utilizáveis, será preciso recorrer à colocação de um:

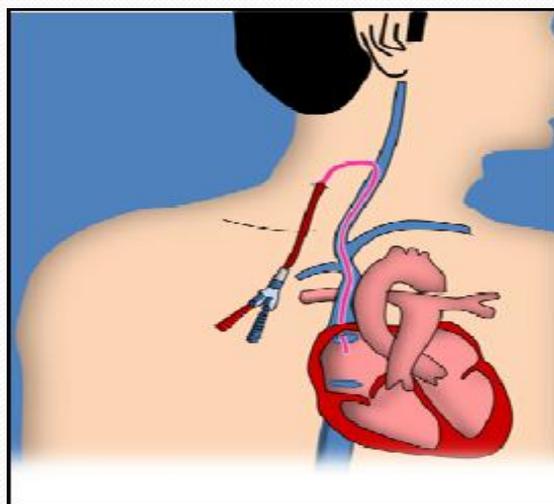
### CATÉTER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE



Fonte: DGS (2011)

## Acessos Vasculares - Cateteres

Uma das principais complicações deste acesso é a **INFEÇÃO**, devendo por isso ser substituído tão breve quanto possível por uma FAV ou por uma prótese.



Fonte: DGS (2011)

## Acessos Vasculares – Complicações

### **Possíveis complicações:**

- Infecção;
- Obstrução devido à presença de coágulos;
- Paragem do acesso.

## Diálise Peritoneal

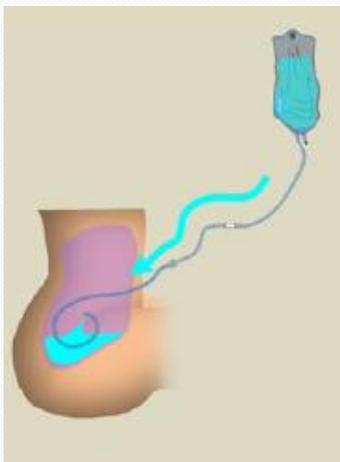
- A diálise peritoneal (DP) é um tratamento em que se utilizam estruturas do próprio organismo.
- O sangue é limpo através de um líquido que é introduzido na cavidade peritoneal (espaço vazio dentro do abdómen).
- A membrana peritoneal (recobre e protege os órgãos abdominais) possui uma extensa superfície e uma rede rica em vasos sanguíneos, atuando como um filtro.

## Diálise Peritoneal

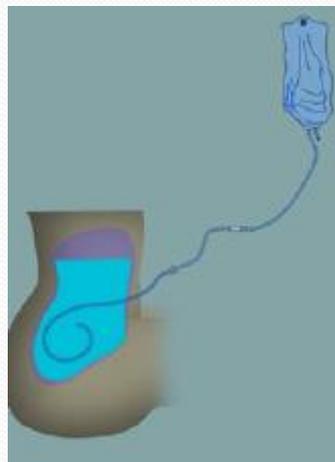
- As substâncias provenientes do sangue podem filtrar-se facilmente através do peritoneu para o interior da cavidade abdominal se as condições forem favoráveis.
- O líquido é introduzido por um cateter colocado através da parede abdominal até ao espaço peritoneal, no interior do abdómen.
- Esse líquido deve permanecer no abdómen durante um tempo suficiente para permitir que substâncias provenientes da circulação sanguínea passem lentamente para ele.
- Retira-se posteriormente o líquido e infunde-se um novo no abdómen.
- Em resumo efetuam-se 3 etapas: **Infusão, Permanência, Drenagem.**

## Diálise Peritoneal

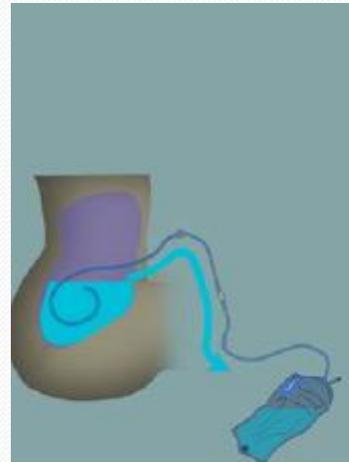
**INFUSÃO**



**PERMANÊNCIA**



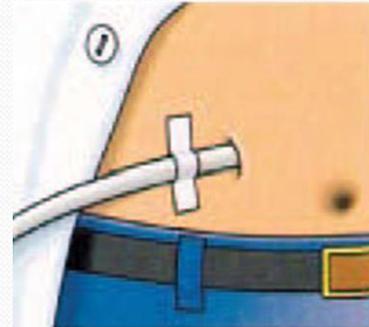
**DRENAGEM**



Fonte: DGS (2011)

# Diálise Peritoneal

- Não exige acesso direto à circulação sanguínea ;
- Requer apenas a colocação de um cateter peritoneal (Tenckhoff).



Reis, A (2011)



Este cateter permitir a infusão da solução dialisante na cavidade abdominal, onde vai ser efectuada a transferência de solutos.

## Diálise Peritoneal - Modalidades

### **Diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA)**

Tratamento manual contínuo, realizado durante o dia.



Fonte: Baxter (2008)

### **Diálise peritoneal automatizada (DPA)**

Tratamento realizado por uma máquina, habitualmente durante o período da noite enquanto dorme.



Fonte: Baxter (2008)

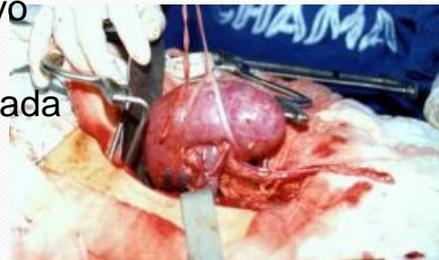
## Transplante Renal

- É a forma mais fisiológica de substituição da função renal.
- É a modalidade terapêutica que permite melhor qualidade e maior esperança de vida.
- Implica uma intervenção cirúrgica, que consiste na colocação de um rim saudável no abdómen (colhido de um dador cadáver ou de um dador vivo) realizada em hospitais habilitados para fazer transplante de órgãos.
- É na maior parte das vezes, realizado em doentes que já se encontram em programa de diálise.

## Transplante Renal

### **Programas de Transplantação Renal em Portugal**

- Transplante Renal com Dador Cadáver
- Transplante Renal com Dador Vivo
- Programa de Doação Renal Cruzada



Fonte: DGS(2011)

## Transplante Renal

### **Transplante Renal com Dador Cadáver**

- Efectuado com base na colheita de rins em dadores em morte cerebral.
- Após avaliação pela equipa de transplantação, se o candidato reunir condições necessárias pode efetuar a inscrição simultânea em duas unidades de transplantação, indicando a unidade pela qual tem preferência.
- Entram em lista de espera no Centro de Histocompatibilidade.
- O transplante acontece quando há um rim disponível que apresente "boa semelhança" (compatibilidade).

## Transplante Renal

### **Transplante Renal com Dador Vivo Programa de Doação Renal Cruzada**

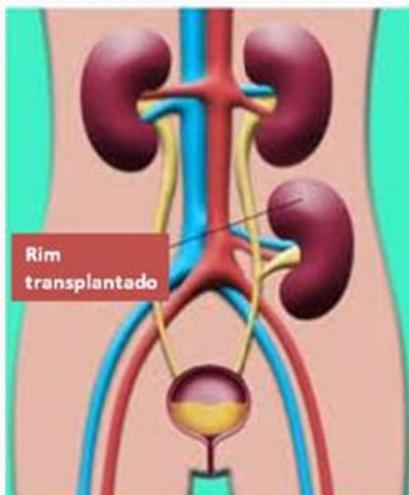
- Pressupõe a inclusão de pares dador-receptor;
- Tem como objectivo a promoção da dádiva em vida e melhorar a resposta às necessidades dos doentes candidatos a transplante;
- Os dadores podem ter relação de parentesco ou não;
- Implica solidariedade e altruísmo;
- O dador efetua uma série de exames para avaliar a possibilidade de doação.
- O transplante é efectuado quando não implica riscos para o dador e/ou receptor.

## Transplante Renal

Se tem doença renal crónica e quer ser considerado candidato a transplante renal é necessário sujeitar-se a uma série de exames (radiografias, análises ao sangue etc) e a avaliações: primeiro pelo seu nefrologista e depois pela equipa de transplantação, para excluir eventuais contra indicações ao transplante ou à toma de medicação específica (imunossupressores) que impede a rejeição do rim transplantado.

Fonte: SPN (2007)

## Transplante Renal



Fonte: DGS (2011)

### Riscos e complicações:

- Relacionados com a anestesia;
- Relacionados com a cirurgia;
- Relacionados com a rejeição (reação do organismo a um órgão estranho);
- Relacionadas com a medicação imunossupressora.

# Vantagens/Desvantagens das Terapias de Substituição da Função Renal



Fonte: Google

	Vantagens	Desvantagens
<p><b>Diálise Peritoneal Contínua em ambulatório (DPCA)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode ser feito em vários locais tornando mais fácil as deslocções;</li> <li>▪ Não são utilizadas agulhas;</li> <li>▪ A programação pode ser mais flexível;</li> <li>▪ Normalmente não é necessário tantas restrições hídricas e alimentares como na hemodiálise;</li> <li>▪ Não é necessário utilizar máquina;</li> <li>▪ Aumento da independência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamento diário com periodicidade de 4 a 6 horas;</li> <li>▪ A permanência de líquido no abdómen pode aumentar o tamanho da barriga;</li> <li>▪ Presença obrigatória e constante de um cateter na barriga;</li> <li>▪ Assepsia (higiene) obrigatória durante as trocas;</li> <li>▪ Aumento do risco de infecção da cavidade peritoneal e/ou do local de inserção e percurso do cateter;</li> <li>▪ Espaço físico necessário para armazenamento do material.</li> </ul>
<p><b>Diálise Peritoneal Automática (DPA)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode ter a sua rotina diária;</li> <li>▪ A Diálise é feita geralmente enquanto dorme;</li> <li>▪ Normalmente não é necessário tantas restrições hídricas e alimentares como na hemodiálise;</li> <li>▪ Não são utilizadas agulhas;</li> <li>▪ Pode facilmente mudar para DPCA enquanto viaja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É necessária a utilização de uma máquina;</li> <li>▪ Pode ser necessário fazer uma troca durante o dia;</li> <li>▪ Pode durante a noite acordar com algum ruído da máquina;</li> <li>▪ Presença obrigatória e constante de um cateter na barriga;</li> <li>▪ Assepsia (higiene) obrigatória durante as trocas;</li> <li>▪ Aumento do risco de infecção da cavidade peritoneal e/ou do local de inserção e percurso do cateter;</li> <li>▪ Espaço físico necessário para armazenamento do</li> </ul>

	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Hemodiálise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ao seu lado tem sempre uma equipa de profissionais de saúde treinada;</li> <li>▪ Pode interagir com outras pessoas que estão em diálise;</li> <li>▪ Não tem que saber efetuar o tratamento e preocupar-se com o material necessário;</li> <li>▪ Os tratamentos são geralmente três vezes por semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deve seguir as regras do centro de diálise (ex. número de visitas ou restrições alimentares durante o tratamento);</li> <li>▪ Os seus tratamentos são agendados pelo centro de diálise/hospital;</li> <li>▪ É obrigado a deslocar-se três vezes por semana ao centro de diálise;</li> <li>▪ Restrição alimentar e hídrica mais exigente;</li> <li>▪ Maior dificuldade no planeamento de férias.</li> </ul>
<b>Transplante Renal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode sentir-se mais saudável e com mais energia;</li> <li>▪ Melhora a sensação de bem-estar, sente-se "normal";</li> <li>▪ Liberta-o da diálise;</li> <li>▪ É possível trabalhar em horário completo sem ter de se preocupar com o horário da diálise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O transplante requer uma grande cirurgia;</li> <li>▪ Pode ter de esperar por um rim durante vários anos;</li> <li>▪ Efeitos secundários da medicação diária que evita a rejeição;</li> <li>▪ Risco aumentado de infeções;</li> <li>▪ O rim transplantado pode não durar toda a vida.</li> </ul>

## Tratamento Conservador

**Consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise nem à transplantação renal.**



Fonte: DGS (2011)

## Tratamento Conservador

É não invasivo e visa:

- Retardar a evolução da insuficiência renal;
- Tratar os sintomas de doença, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis, implica restrições dietéticas e tratamento medicamentoso.



Fonte: American Association of Kidney Patients

## Viver com a Doença Renal Crônica Alimentação



Fonte: Google

## Alimentação

- Uma alimentação correta é essencial para a saúde, na doença renal crónica, pelo teor nutricional de certos alimentos, é ainda mais importante.
- Um bom estado nutricional significa estar com o peso ideal de acordo com a sua idade e altura, implica a ingestão dos alimentos certos, em quantidades adequadas e refeições com intervalos de tempo regulares.
- Fazer dieta significa, seguir algumas regras alimentares que lhe permitem melhorar o seu bem-estar, melhorar a qualidade de vida e obter melhores resultados.
- Implica quase sempre, alterações dos hábitos alimentares por vezes difíceis de aceitar.
- É fundamental o cumprimento da dieta.

## Alimentação

**A desnutrição calórico-proteica é uma das causas que afecta negativamente o prognóstico da Doença Renal Crónica.**

Está associada a vários factores, como sejam:

- A ingestão nutricional insuficiente muitas vezes pela falta de apetite;
- Restrições graves na dieta;
- Distúrbios hormonais e gastrointestinais;
- Acidose metabólica;
- Efeito de medicamentos que interferem na absorção dos alimentos;
- Doenças associadas (ex. Diabetes);
- Perda de nutrientes associada ao tratamento dialítico.

# Alimentação

- Aprenda a conhecer a composição e grupo dos alimentos de forma a combina-los de modo a conseguir as substâncias que mais necessita.
- Os alimentos fornecem substâncias que o organismo vai utilizar como fonte de energia e de “alimento” das células e tecidos.
- Uma dieta equilibrada deve sempre incluir hidratos de carbono, proteínas, gorduras, minerais e líquidos.
- Quando os rins não funcionam bem é mais difícil obter esse equilíbrio.



Fonte: Google

# Alimentação

- Quando falamos de alimentação na doença renal crónica é indispensável um plano alimentar: adequado ao estadio da doença, peso, estatura, idade e atividade física.
- As principais recomendações dizem respeito à quantidade de energia, proteínas, sódio, fósforo, potássio, gorduras e água.
- Saber comer permite fazer melhores opções, melhorar o estado de saúde e manter a função renal e/ou evitar a sua progressão e agravamento.

**Estes conselhos não dispensam as indicações da Equipa de Saúde que o acompanha, pois esta, conhece a evolução da sua doença e melhor que ninguém, sabe o que é melhor para si e para o seu bem estar.**

# Alimentação

## Energia

- Deve ser fornecida, fundamentalmente, pelos hidratos de carbono e lípidos (gorduras), privilegiando a manutenção de um peso adequado para a idade e estatura e garantindo um bom estado nutricional.

## Gorduras

- Podem ser classificadas em dois tipos, as de origem animal e vegetal, tendo estas últimas um efeito protetor do sistema cardiovascular e são menos prejudiciais, devendo a sua ingestão ser moderada.



# Alimentação

## Hidratos de carbono

- São principalmente os açúcares e os amidos existentes em muitos alimentos;
- Devem sempre fazer parte de uma refeição, pois representam a primeira fonte de energia para o organismo;
- Se a sua ingestão for insuficiente, o organismo vai buscar energia às proteínas;
- O pão, massas, arroz, batatas ... são exemplos de alimentos ricos em hidratos de carbono.



Fonte: Baxter

## Alimentação

### Proteínas

- São importantes para manter os músculos saudáveis, combater infeções e reparar os tecidos.
- Encontram-se presentes na carne, peixe, ovos, leite e derivados e leguminosas ( feijão, grão, lentilhas...).
- Se o rim funcionar mal, não consegue filtrar e expelir as “impurezas” resultantes da transformação das proteínas ( como por exemplo a ureia).
- Se é doente renal crónico, a ingestão de proteínas deve ser limitada, no entanto, se faz hemodiálise, pode aumentar a sua ingestão pela perda de proteínas e aminoácidos durante as sessões.



**Dicas importantes: Pique ou desfie a carne e misture-a com os respectivos acompanhamentos de forma a dar sensação de quantidade.**

## Alimentação

### Fibras

- Provém essencialmente dos produtos hortofrutícolas.
- Melhoram a tolerância à glicose e influenciam o bom funcionamento intestinal.
- Os vegetais e frutas devem ser utilizados com algum cuidado, pois contém teores elevados de potássio.



Fonte: Google

## Alimentação

### Potássio

- É um mineral presente em muitos alimentos.
- Regula as contrações musculares incluindo as do coração, os seus valores devem ser mantidos em níveis normais.
- O mau funcionamento do rim impede a eliminação do potássio quando este se encontra em excesso, aumentando a sua concentração no sangue, facto que, pode causar irregularidades nos batimentos cardíacos e até mesmo paragem cardíaca.
- Alimentos ricos em potássio: citrinos, bananas, damasco, cerejas, pêsegos, frutos secos, feijões e legumes em geral, verduras de folha verde, chocolate, bebidas refrigerantes.

## Alimentação

### Como diminuir o potássio nos alimentos?

- Cozer as frutas (ex. maçã e pera), para ficarem mais saborosas podem ser aromatizadas com raspas de limão e uma pitada de canela.
- Colocar os legumes “de molho” durante algumas horas e depois desperdice essa água antes de os confeccionar/consumir.
- Cozer os alimentos em água reduz, em média, 50 a 60% da concentração do potássio.

**Atenção: os alimentos devem ser cozidos em duas águas, sendo a primeira desperdiçada.**

## Alimentação

### Sódio

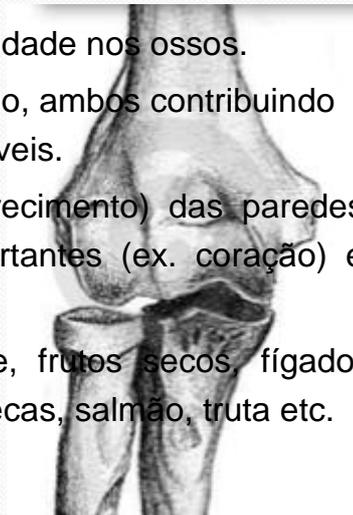
- Ajuda a controlar a tensão arterial e equilibrar a quantidade de líquidos.
- O excesso provoca o aumento da tensão arterial e retenção de líquidos, este ultimo factor condiciona o aumento de peso, inchaço (principalmente dos tornozelos) e às vezes, dificuldade respiratória.
- Deve evitar alimentos ricos em sal, como: os enlatados e conservas, queijos (principalmente os curados), aperitivos salgados e batatas fritas, peixe e carne fumadas, enchidos, molhos já confeccionados( ex. *ketchup*), toda a comida “rápida” etc.

**Dicas importantes:** Ao confeccionar os alimentos, para que fiquem mais “apetitosos” substitua o sal por ervas aromáticas, alho, limão, etc.

## Alimentação

### Fósforo

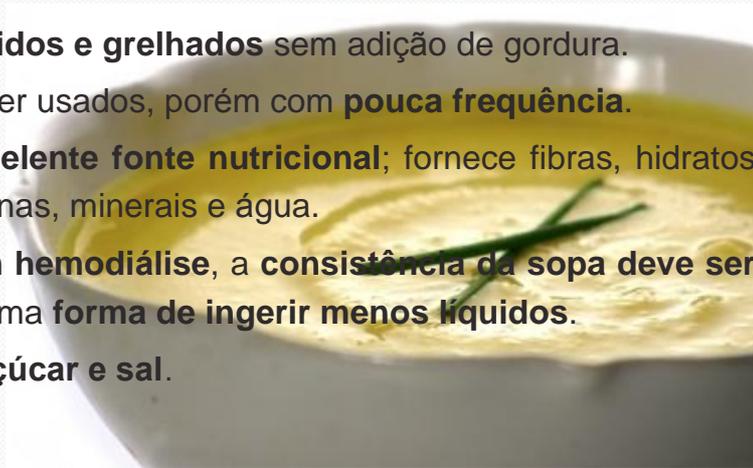
- É um mineral que existe em grande quantidade nos ossos.
- Exerce a sua ação juntamente com o cálcio, ambos contribuindo na manutenção dos ossos fortes e saudáveis.
- O excesso provoca calcificações (endurecimento) das paredes dos vasos sanguíneos em órgãos importantes (ex. coração) e prurido (comichão).
- Alimentos ricos: leite, queijos, chocolate, frutos secos, fígado, moelas e rins, marisco, feijão e ervilhas secas, salmão, truta etc.



## Alimentação

### Modo de Confeção dos alimentos

- Privilegiar os cozidos e grelhados sem adição de gordura.
- Os fritos podem ser usados, porém com pouca frequência.
- A sopa é um excelente fonte nutricional; fornece fibras, hidratos de carbono, vitaminas, minerais e água.
- Para o doente em hemodiálise, a consistência da sopa deve ser cremosa, pois é uma forma de ingerir menos líquidos.
- Evitar o uso de açúcar e sal.



Fonte: Google

## Restrição Hídrica

- A ingestão de líquidos não deve de ser superior a 500 ml/dia, não esquecendo a água presente nos alimentos.
- O ganho entre as sessões de hemodiálise, não deve de exceder os 2 Kg, tendo em conta o volume de urina produzida.

***Para controlar a ingestão de líquidos, devem respeitar -se alguns princípios:***

- Anotar a quantidade de líquidos ingeridos;
- Evitar beber às refeições;
- Moderar a ingestão de sopa;
- Evitar bebidas/alimentos doces ou salgados, pois estimulam a sede;
- Usar pedras de gelo, em substituição de água.



## Sexualidade

- A Doença Renal Crónica pode alterar a vida sexual, devido a factores inerentes à própria doença e/ou ao uso de determinados medicamentos.
- No homem pode verificar-se impotência devido a diabetes, insuficiência vascular e/ou fármacos anti-hipertensores.
- Na mulher ocorre amenorreia e diminuição da fertilidade; a gravidez é possível, exigindo um acompanhamento rigoroso.
- O apoio deve de ser dirigido ao casal.

Daugirdas (2003)



Fonte: Baxter

## Atividade Profissional

- É importante como:  
meio de subsistência, para manter e/ou aumentar a autoestima, forma de socialização, ocupação etc.
- Poderão ocorrer alterações de horário, tarefas ou tipo de trabalho, mas tudo dependerá do estado geral e do tipo de atividade.



Fonte : Google

## Atividade Física

- É importante, pois permite uma melhor oxigenação das células, da circulação sanguínea, do apetite, da digestão e da função intestinal.
- O exercício físico deve de ser planeado, programado e adaptado à sua capacidade física.



## Diálise e Viagens

### **O doente em diálise pode viajar**

- Exige empenho na organização dos circuitos e saídas.
- Na hemodiálise, é necessário agendar as sessões num centro próximo do local de férias.
- Na diálise peritoneal, é necessário, atempadamente avisar a empresa que fornece o material.



Fonte: Google

## Doente Renal Crónico em Portugal

A legislação vigente contempla benefícios ao doente renal crónico mediante o grau de incapacidade (Decreto-Lei nº352/2007, de 23 de Outubro).

Deve obter, junto do Delegado de Saúde, uma Declaração de Incapacidade - Multiusos (Decreto-Lei 174/97, de 19 de Julho) que atestará o grau de deficiência.



Fonte: Google Earth (2012)

**Quando igual ou superior a 60%, o detentor desta declaração poderá, então, aceder a outros direitos e benefícios.**

## Doente Renal Crónico em Portugal

### **Acesso aos medicamentos**

*“Os doentes insuficientes crónicos e transplantados renais, pelas características de que se reveste a patologia de que são portadores, encontram-se numa situação excepcional, que justifica que o Estado lhes proporcione meios suplementares que possibilitem um acesso mais fácil aos medicamentos que lhes são indispensáveis”*

(Despacho nº 3/91 de 8 de Fevereiro)

## Doente Renal Crónico em Portugal

### Medicação

- Os medicamentos prescritos são fornecidos gratuitamente.
- O seu fornecimento é feito através da farmácia hospitalar ou na clínica de hemodiálise.
- Os medicamentos não específicos, terão de ser adquiridos, pelas vias normais, nas farmácias de atendimento ao público.



Fonte: Google

## Doente Renal Crónico em Portugal

### Facilidades a nível de transportes

- Os encargos relacionados com o transporte do doente para o tratamento de Hemodiálise são da responsabilidade do Estado, sendo que, sempre que possível, deve ser efectuado em ambulância de transporte múltiplo. (Despacho n.º 7861/2011)
- Isenção do imposto sobre veículos, (Decreto-Lei 143/78 de 12 de Junho) este direito apenas é válido para doentes com um grau de invalidez igual ou superior a 60%.



Fonte: Google

## Doente Renal Crónico em Portugal

### Benefícios de integração laboral

- Há incentivos técnico-financeiros às empresas que integram nos seus quadros, pessoas com deficiência, assim como, redução das contribuições à Segurança Social.
- O Instituto do Emprego e Formação Profissional, dá apoio à instalação por conta própria, através do acesso a um subsídio não reembolsável; e é possível também recorrer a um empréstimo sem juros.
- Em todos os concursos externos de ingresso na Função Pública, em que o número de lugares postos a concurso seja igual ou superior a 10, é obrigatoriamente fixada uma quota de 5% do total do número de lugares, para preencher por pessoas com um grau de deficiência igual ou superior a 60%.

(Decreto-Lei 29/2001, de 3 de Fevereiro)

## Doente Renal Crónico em Portugal

### Benefícios na aquisição de habitação própria

Têm a possibilidade de aceder ao crédito para aquisição, construção, ampliação e beneficiação de habitação própria (desde que possuam rendimentos), nos mesmos termos e nas mesmas condições que as concedidas aos trabalhadores bancários, com taxas de juro mais baixas.

(Decreto-Lei 230/80, de 16 de Julho)

**Nota:** Atender às dificuldades que possam surgir na obtenção do Seguro (ramo vida), normalmente, exigido pelas instituições de crédito e que muitas seguradoras se recusam a fazer aos IRC.

## Doente Renal Crónico em Portugal

### Isenção de taxas moderadoras

- Encontram-se isentos do pagamento, os doentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, os doentes transplantados e os cidadãos que se disponibilizaram para a dádiva em vida.

(Decreto-Lei nº113/2011 de 29 de Novembro)

### Acesso a cuidados de saúde no estrangeiro

- Acesso com prévia autorização pelas Autoridades de Saúde Portuguesas, ao abrigo da legislação nacional.
- No Espaço da União Europeia e do Espaço Económico Europeu, este último exige a apresentação do Cartão Europeu de Seguro de Doença.



## Doente Renal Crónico em Portugal

### Benefícios fiscais

**As deduções relativas à colecta por cada sujeito passivo com deficiência, correspondem:**

- À importância de três vezes a retribuição mínima mensal.
- Ao montante de 30 % da totalidade das despesas com a educação e reabilitação.
- 25 % da totalidade dos prémios de seguros de vida que garantam exclusivamente os riscos de morte, invalidez ou reforma por velhice.
- Nas despesas de acompanhamento.

(Lei do Orçamento 2007)

## Contactos úteis

### Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR)

**Internet:** [www.apir.pt](http://www.apir.pt)

**Telefone:** 218 371 654

**Morada:** Via Principal de Peões, Lote 105, Loja B  
Zona I; Chelas; 1950-244 Lisboa



### Associação de Doentes Renais do Norte de Portugal

**Internet:** [www.adrn-sede.org.pt](http://www.adrn-sede.org.pt)

**Telefone:** 22 50 22 851

**Morada:** Rua Antero de Quental, 162/164; 4050 - 054 Porto



## Contactos úteis

### Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**Internet:** [www.spnefro.pt](http://www.spnefro.pt)

**Telefone:** 217 970 187

**Morada:** Largo do Campo Pequeno nº 22, 2ªA  
1000-078 Lisboa



### Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação

**Internet:** [www.apedt.pt](http://www.apedt.pt)

**Telefone:** 914 152 479

**Morada:** Apartado 6172. 4461-810 Senhora da Hora



## Bibliografia

- APIR (nd). **A Alimentação na Insuficiência Renal Crónica**. [ Em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em <http://www.apir.org.pt>
- Assembleia da República (2010). Portaria nº 802/2010. **Diário da República, 1ª Série** – Nº163. 23 de Agosto de 2010.
- Baxter (2008). **Pré-diálise- Programa Educativo para o Doente e Sua Família**. [ Em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em: <http://www.baxter.pt>.
- Daugirdas, John et al (2003). **Manual de Diálise**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Medsi.
- Direção Geral de Saúde (2011). Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica, Estadio 5. **Norma 017/2011**. [Em linha]. Acedido em Novembro de 2012. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?back=1&mid=5005&codigono=7467AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- EDTNA/ERCA (2007) - **Doença Renal Crónica (Estádios 1-3), Guia para a prática clínica**. Madrid: Diseño, Maquetacion e Impresion. ISBN: 978-84-612-0047-4.
- Fresenius Medical Care (2011). **Manual de Acessos Vasculares**.
- Fresenius Medical Care (2011). **Manual de Hemodiálise para Enfermeiros**. Almedina.
- [http://www.spnephro.pt/dia\\_mundial\\_do\\_rim\\_2007/images/broch\\_doencarenalcronica.pdf](http://www.spnephro.pt/dia_mundial_do_rim_2007/images/broch_doencarenalcronica.pdf)
- Ministério das Finanças e do Plano (1980). **Decreto-Lei nº 230/80. 1ª Série** – Nº 162. Diário da República. 16 de Julho de 1980.
- Ministério da Reforma do Estado e da **Administração Pública (2001)**. **Decreto-Lei nº 29/2001. 1ª Série -A** – Nº 29. Diário da República. 3 de Fevereiro de 2001
- Ministério da Saúde (1991). **Despacho nº 3/91. 2ª Série** – Nº 64. Diário da República. 18 de Março de 1991.
- Ministério da Saúde (1997). **Decreto-Lei nº 174/97** de 19 de Julho.
- Ministério da Saúde (2007). **Portaria nº 6537/2007. 2ª Série** – Nº66. Diário da República. 3 de Abril de 2007.

## Bibliografia (cont.)

- Ministério da Saúde (2011). **Decreto-Lei nº 113/2011. 2ª Série** – Nº 229. Diário da República. 29 de Novembro de 2011.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2007). **Decreto-Lei nº 352/2007. 1ª Série** – Nº 204. Diário da República. 23 de Outubro de 2007
- National Kidney Fundation (nd). **Acerca de la insuficiéncia renal crónica: Una guia para los pacientes y sus familias**. [ Em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em <http://www.kidney.org>.
- National Kidney Fundation (nd). **Hemodiálisis: Lo que necessita saber**. [ Em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em <http://www.kidney.org/atoz/pdf/hemodialysis>
- National Kidney Fundation (nd). **Nutrição e insuficiéncia renal crónica**. [ Em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em <http://www.kidney.org>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). **CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 2. Santa Maria da Feira. Lusodidacta. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Ordem dos Médicos: Colégio da Especialidade de Nefrologia (2011). **Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica**. [ Em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em <https://www.ordemdosmedicos.pt>
- Reis, A. (2011). **Diálise peritoneal**. Saúde Renal. [ Em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em <http://renalsaude.blogspot.pt/2011/04/dialise-peritoneal.html>
- *Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2007)*. **Doença Renal Avançada: Opções de Tratamento**. [ Em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em <http://www.spnephro.pt>
- Thomas, N., Jeffrey, C (2005). **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª edição, Lusociência
- *Vachharajani, J. T. (2010)*. **Atlas of Dialysis Vascular Access**. Wake Forest University School of Medicine

### **APÊNDICE III**

Póster “Imunossupressão no Transplante Renal”

# IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL

## ADMINISTRAÇÃO ENDOVENOSA

### MICOFENOLATO DE MOFETIL - MMF - *Cellcept*

Reconstituir cada frasco de 500mg com 14 ml de Dextrose 5%, depois diluir o conteúdo de 2 frascos (1gr) em 140 ml de Dextrose 5%.

Administrar em perfusão num período mínimo de 2h.



### CICLOSPORINA - *Sandimmun*

Diluir 50 mg em 200 ml de NaCl 0.9% ou Dextrose 5% em balões de vidro ou isentos de PVC.

Administrar em perfusão por um período mínimo de 4h.



### IMUNOGLOBULINA DE COELHO ANTILINFÓCITOS HUMANOS - *ATG FRESENIUS*

Diluir em 250-500 ml de solução salina.

Administrar em perfusão, isoladamente, num período mínimo de 4h.

Utilizar imediatamente após abertura de frasco.

Não utilizar o excedente.



### IMUNOGLOBULINA DE COELHO ANTITIMÓCITOS HUMANOS - *Timoglobulina*

Reconstituir cada frasco com 5ml de água estéril.

Diluir cada frasco de 25mg em 50ml de NaCl 0.9% ou Dextrose 5%.

Administrar em perfusão, isoladamente e por um período mínimo de 4h.

Usar uma veia de grande calibre.

Utilizar imediatamente após abertura do frasco, não utilizar o excedente.



### IMUNOGLOBULINA G HUMANA NORMAL – *Octagam*

Administrar em perfusão, isoladamente, perfundido a 1ml/Kg/h.

Se não ocorrerem efeitos secundários, após 30min pode aumentar-se a velocidade de infusão para 5ml/Kg/h.

Rejeitar volumes não utilizados.



### BASILIXIMAB – *Simulect*

Reconstituir com 5ml de água estéril.

Diluir no mínimo em 50ml de NaCl 0.9% ou Dextrose 5%.

Administrar em perfusão, isoladamente, num período mínimo de 30 min.

Administrar no prazo de 4h após reconstituição ou refrigerar a 2-8 graus até 24h.

Rejeitar volumes não utilizados.



### RITUXIMAB – *MabThera*

Administrar em perfusão, isoladamente.

Velocidade inicial de infusão recomendada é 50mg/h.

Após 30 min pode aumentar-se 50 mg/h a cada 30 min, até um máximo de 400 mg/h.

Rejeitar volumes não utilizados.



### METILPREDNISOLONA

Reconstituir em água estéril.

Diluir sempre em 100 ml de NaCl 0.9%, Dextrose 5% ou Dextrose em NaCl 0.9%.

Administrar isoladamente num período mínimo de 5 min nas dosagens até 250 mg e pelo menos em 30 min nas dosagens iguais ou superiores a 250 mg.

Após reconstituição as soluções são estáveis até 48h.



## **APÊNDICE IV**

Sessão de Formação “Manutenção Dos Acessos Venosos”

## Manutenção de Acessos Venosos



Maria de Fátima Moreira Gonçalves  
3º CMEMC – Vertente de Nefrologia

## Manutenção de Acessos Venosos



# Manutenção de Acessos Venosos



## MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM

Cateterização Venosa Periférica

Edição: 01

Revisão: 03

Página 9 de 10

Proceder à colheita de amostra de sangue	OU	
Adaptar obturador de cateter ao prolongamento de 5cm e		
heparinizar o sistema de acordo com o protocolo de		Manter a permeabilidade do cateter
serviço	OU	Dar cumprimento ao prescrito
Adaptar o sistema de perfusão e gerir o ritmo de perfusão		Prevenir complicações
de acordo com as necessidades do indivíduo e/ou		Prevenir IACS
prescrição médica		

# Manutenção de Acessos Venosos

## FIBRILIN

**COMPOSIÇÃO:** Heparina sódica (20 UI/ml), metilparaben (E218), propilparaben (E216), cloruro sódico, água (para injectables).

**INDICACIONES:** Lavado de catéteres venosos e arteriais em pacientes hospitalizados.

**CONSERVACIÓN:** Almacenar protegido de la luz y a temperatura no superior a 30°C.

**CONTRAINDICACIONES:** Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a las heparinas o a cualquiera de los excipientes presentes en su formulación. Aún considerando la mínima concentración de heparina, no suficiente para presentar actividad sistémica, se considera fundamental el criterio médico en el uso de este producto en los casos de:

- Amenaza de aborto.
- Aneurisma cerebral o disecante de aorta, excepto en asociación con la cirugía correctiva.
- Hemorragia cerebrovascular confirmada o sospechada.
- Hemorragia activa incontrolable.
- Hipertensión grave no controlada.
- Trombocitopenia grave inducida por heparina en los últimos meses.

**PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:** Debe administrarse con precaución en pacientes con alteraciones sanguíneas.

El producto es de un sólo uso.

Interacciones:

La utilización de la heparina con protamina de acción antagonista, neutraliza su acción.

**MODO DE EMPLEO:** Se inyecta en el catéter, recomendándose que antes y después de la administración se lave el catéter con solución salina para evitar la mezcla de la heparina con los medicamentos administrados por la misma vía.

EL PRODUCTO ESTA DESTINADO A USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL SANITARIO.

**USO EN ALERGIAS / ALERGIA AL LATEX:** No se dispone de información sobre su contenido de látex.

**DESCRIPCIÓN:** La heparina por su acción anticoagulante elimina los posibles restos de fibrina que se forman al introducir los catéteres en una vía del organismo y que podrían originar la obstrucción de la misma.

Indicado para el lavado y limpieza de catéteres, manteniendo su permeabilidad, prolongando su vida y evitando la molestia que supone para el paciente el cambio de los mismos, disminuyendo la posibilidad de complicaciones como flebitis o infecciones.

Producto sanitario Clase III Estéril de un solo uso. ON 0318

## Manutenção de Acessos Venosos

### **Efeitos adversos associados ao uso de Solução com Heparina:**

- Trombocitopénia
- Reações de Hipersensibilidade
- Risco Aumentado de Hemorragia

O'GRADY, Naomi et al (2011) , INFARMED (2011)

## Manutenção de Acessos Venosos

APROVADO EM  
25-11-2009  
INFARMED

### RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

#### 6.2 Incompatibilidades

Não misturar com outras preparações pois foram reportadas incompatibilidades (formação de sais, solúveis ou não), com a utilização com diferentes fármacos (antibióticos), e portanto, recomenda-se a utilização de uma linha endovenosa separada.

## Manutenção de Acessos Venosos

### Solução Salina (NaCl 0,9%)

#### Vantagens

- Baixo custo
- Procedimento simples
- Elimina o risco de alergia, trombocitopénia, hemorragia
- Menor possibilidade de incompatibilidade de fármacos

## Manutenção de Acessos Venosos

### RECOMENDAÇÕES:



CDC  
Centers for Disease Control and Prevention  
USA

**Não usar rotineiramente anticoagulantes.**

## Manutenção de Acessos Venosos

### RECOMENDAÇÕES:



- CVP - *Flush* com NaCl 0,9% **DIARIAMENTE**
  - CVC - *Flush* com NaCl 0,9% **CADA 8 -12 HORAS**
- Heparinizar somente se não usado com frequência**  
**Usar a dose de heparina mais baixa quanto possível**  
**Standad é 10UI/MI NaCl.**

ROYAL COLLEGE OF NURSING (2010)

## Manutenção de Acessos Venosos

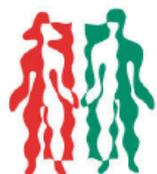
### RECOMENDAÇÕES:



Hospital Infection Society  
**Preferencialmente** usar  
**NaCl 0,9%** para lavar lumens  
de **cateteres usados**  
**frequentemente**

PRATT, Robert et al (2007)

## Manutenção de Acessos Venosos



Ministério da Saúde



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Dr. Ricardo Jorge

### Recomendações para a prevenção de infeções associadas aos dispositivos intravasculares

CVC “*Deve ser considerada a hipótese de usar heparina subcutânea ou flush para evitar a formação de trombos e eventualmente reduzir a infeção*”

CVP - Não emanam diretrizes neste sentido.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006)

## Manutenção de Acessos Venosos

Benefit of heparin in peripheral venous and arterial catheters: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Adrienne G Randolph, Deborah J Cook, Calle A Gonzales, Maureen Andrew

Revisão sistemática

- Os Autores concluíram que **não existem diferenças entre as soluções** (solução salina *versus* solução com heparina) **na prevenção da obstrução** dos cateteres venosos periféricos
- O uso de solução com Heparina é benéfico na manutenção de cateteres arteriais.

RANDOLPH, Adrienne et al (1998)

# Manutenção de Acessos Venosos

## epic2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England

R.J. Pratt<sup>a\*</sup>, C.M. Pellowe<sup>a</sup>, J.A. Wilson<sup>b,c</sup>, H.P. Loveday<sup>a</sup>, P.J. Harper<sup>a</sup>, S.R.L.J. Jones<sup>a</sup>, C. McDougall<sup>b</sup>, M.H. Wilcox<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Richard Wells Research Centre, Faculty of Health and Human Sciences, Thames Valley University (London).

<sup>b</sup> Department of Healthcare Associated Infection and Antimicrobial Resistance, Centre for Infections, Health Protection Agency (London).

<sup>c</sup> Microbiology and Infection Control, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust and University of Leeds.

- ❑ Apesar do uso intermitente de heparina de baixa concentração para preencher lúmens dos dispositivos de acesso venoso central, entre utilizações para prevenir a formação de trombos e prolongar a duração da permeabilidade do cateter, **a eficácia desta prática não está provada.**
- ❑ Apesar dos seus efeitos anti-trombóticos benéficos, **é importante diminuir a exposição desnecessária à heparina** de modo a minimizar os efeitos adversos associados à sua utilização.
- ❑ Os **riscos destes efeitos adversos poderão ser evitados** através da **utilização de cloreto de sódio a 0.9%** em vez de administrações de heparina.

PRATT, Robert et al (2007)

# Manutenção de Acessos Venosos

INTERNATIONAL JOURNAL FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE & ARTS, VOL. 1, NO. 1, 2010

63

## Heparin Versus Normal Saline as a Flush Solution

<sup>1</sup>Hepzibha Alexander  
School of Nursing, UCSI University, Kuala Lumpur

### 9. RECOMMENDATIONS

From the above findings, the following is recommended:

- Normal Saline could be used as an alternative to heparin in intravenous catheters.
- Low-dose heparin (0.25U/ml) can be added to the infusate to maintain patency of arterial catheters. Further research to be undertaken to determine the therapeutic dose for continuous infusion of heparin in arterial catheters.
- Further research is essential to determine the effectiveness and safety of sodium citrate as a flush solution.
- Nurses and other healthcare professionals need to be reeducated on the importance of following an Evidence-based practice as opposed to traditional methods in order to provide the best possible care to the client.

## Manutenção de Acessos Venosos

### **Guidelines**

#### **Substituição do Cateter Periférico**

- ❑ Substituir cateter venoso periférico e rodar o local de inserção a cada 72-96 Horas.
- ❑ Se o território venoso é deficiente e não são evidentes sinais de infiltrado/ infecção, o cateter pode permanecer por períodos de tempo mais longos.
- ❑ Cateter venoso periférico colocado em situações de urgência, em que pode ocorrer quebra da assépsia deve sersubstituído ao fim de 24-48 Horas.

O'GRADY, Naomi et al (2011) ; ROYAL COLLEGE OF NURSING (2010); MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006)

## Manutenção de Acessos Venosos

### **Guidelines**

#### **Substituição dos Sistemas de Administração Intravenosa**

- ❑ Substituir os sistemas de administração intravenosa, incluindo torneiras e prolongamentos, com uma frequência não superior a 72H.
- ❑ Substituir sistemas utilizados para administração de sangue e derivados ou emulsões lipídicas num período não superior a 24H.
- ❑ Se a solução contém apenas dextrose e aminoácidos substituir o sistema com uma frequência não superior a 72H.
- ❑ Substituir os prolongamentos utilizados na administração de infusões de propofol a cada 6-12H.

O'GRADY, Naomi et al (2011) ; ROYAL COLLEGE OF NURSING (2010); MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006)

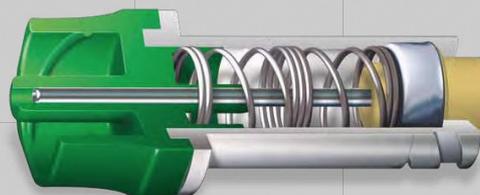
## Manutenção de Acessos Venosos

**BIONECTEUR**



## Manutenção de Acessos Venosos

- ❑ Bionecteur aquando da desconexão de um sistema ou seringa, não gera deslocação de líquido (positivo ou negativo), mantendo a via permeável com a solução de lavagem/preenchimento que acabou de ser administrada.
- ❑ A membrana permanece comprimida no topo do dispositivo, evitando a deslocação de líquidos dentro do canal interno próprio.



# Manutenção de Acessos Venosos

E por favor recordar:

- ▶ Não utilizar agulhas, nem tampas obturadoras. 
- ▶ Desinfectar sistematicamente a membrana antes e após cada utilização. 
- ▶ Após cada utilização proceder sempre à lavagem da via com soro fisiológico. 
- ▶ Desconectar a seringa mantendo ligeira pressão sobre o êmbolo.
- ▶ Bionector conectado numa torneira ou rampa recomenda-se o fecho da via quando não está a ser utilizado. 

<http://www.vygon.pt>

## BIBLIOGRAFIA

- ❑ HADAWAY, Lynn (n d). Central Venous Catheters: Saline or Heparin for Locking?. **Resource an education program on infection control and patient safety**. [ Em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em [http://www.e-resource-safety.org/article\\_2/print2.pdf](http://www.e-resource-safety.org/article_2/print2.pdf)
- ❑ HEPZIBHA, Alexander (2010). Heparina Versus Normal Saline as a Flush Solution. **Internationa Journal for the Advancement of Science & Arts**. Vol 1. N.º1.p.63-75.
- ❑ INFARMED (2011). **Prontuário Terapêutico**. [ Em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/PRONTUARIO>
- ❑ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). **Programa Nacional de Controlo da Infeção – Recomendações para prevenção de infeções associadas aos dispositivos intravasculares**. [ Em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDisplntravasculares.pdf>
- ❑ MAURIZIO, Gallieni et al (2008). Vascular Access in Oncology Patients. **A cancer Journal for Clinicians**: Vol 58; p. 323-346.
- ❑ O'GRADY, Naomi et al (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. **CDC - Department of Health & Human Services – USA**. [ Em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- ❑ PRATT, Robert et al (2007) - National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare- Associated Infections in NHS Hospitals in England. **The Journal of Hospital Infection**.
- ❑ RANDOLPH, Adrienne et al (1998). Benefit of heparin in peripheral venous and arterial catheters: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **British Medical Journal**. Vol316.
- ❑ ROYAL COLLEGE OF NURSING (2010) – **Standards for infusion therapy**. [ Em linha] Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/78593/002179.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/78593/002179.pdf)
- ❑ <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED>
- ❑ <http://www.vygon.pt/nossa-empresa/vygon-Portugal.php>

## **APÊNDICE V**

Bibliografia de Portefólio “Manutenção Dos Acessos Venosos

## ÍNDICE DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ARTIGOS USADOS NA CONSTRUÇÃO DO PORTEFÓLIO

ALEXANDER, Hepzibha (2010) – Heparin Versus Normal Saline as a Flush Solution. **International Journal for the Advancement of Science & Arts**. Vol.1. Nº1. p.63-75

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (2012). Practice Guidelines for Central Venous Access. **Anesthesiology**. Vol.116. Nº3 (Março 2012). p. 539- 573  
BTAICHE, Imad et al (2011) . The effects of needleless connectors on catheter-related bloodstream infections. **American Journal of Infection Control**. Vol.39. Nº4 (Maio 2011). p.277-283

CDC (2011) – **Guidelines For the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011**. [Em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

HADAWAY, Lynn e RICHARDSON, Deb (2010) – Needleless Connectors: A Primer on Terminology. **Journal of Infusion Nursing**. Vol.33. Nº1 (Janeiro/Fevereiro 2010). p.1-11

HOSPITAL INFECTION SOCIETY (nd) – **The Journal of Hospital Infection** [Em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em <http://www.maryseacole.com/richardwells/pdfs%20and%20documents/epic2-final%20glines.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2006). **Recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares**. [Em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDisplIntravasculares.pdf>

MERMEL, Leonard et al (2009). Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by infectious Diseases society of America. **CID**. [Em linha] 49 (Julho 2009). Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em [http://www.ups.edu/bugdrug/antibiotic\\_manual/idsacathinfect2009.pdf](http://www.ups.edu/bugdrug/antibiotic_manual/idsacathinfect2009.pdf)

RANDOLPH, Adrienne et al (1998) – Benefit of heparin in peripheral venous and arterial catheters: sistematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ**. Vol.316 (Março 1998). p.969-975.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (2010) – **Standards for infusion therapy** [Em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/78593/002179.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/78593/002179.pdf)

## **APÊNDICE VI**

Estudo de Investigação Realizado no Centro Hospitalar

## **3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

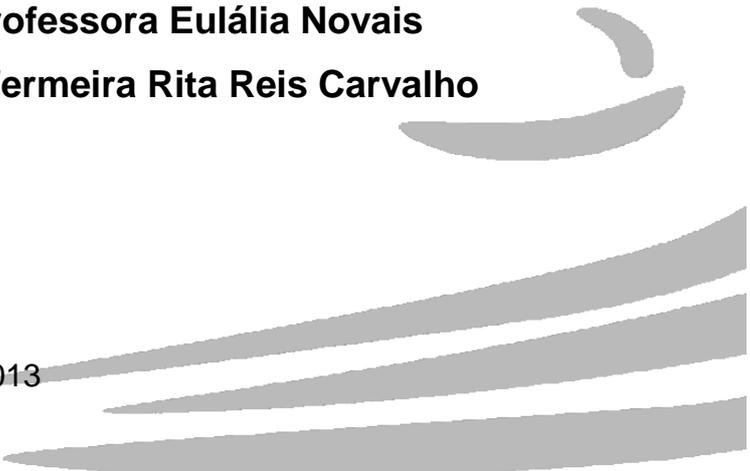
# **ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO REALIZADO NO CENTRO HOSPITALAR**

**Maria de Fátima Moreira Gonçalves**

**Orientadora : Professora Eulália Novais**

**Coorientadora: Enfermeira Rita Reis Carvalho**

2013



## ÍNDICE

		f.
0	INTRODUÇÃO	IV
1	METODOLOGIA	VII
1.1	Fase Empírica	IX
1.2	Limitações do Estudo	IX
2	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	XI
3	CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES	XXIX
4	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	XXXII
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XXXIII

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

	f.
<b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento da legislação vigente	XI
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos sujeitos sobre o esclarecimento do conceito de morte cerebral	XII
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos sujeitos sobre a capacidade de explicação do conceito de morte cerebral	XII
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento de quando um potencial dador é dador confirmado	XIV
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento dos objetivos da manutenção do dador multiorgânico	XV
<b>Gráfico 6 e 7-</b> Distribuição dos sujeitos sobre a forma como encara a manutenção do dador	XVI
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição dos sujeitos sobre os motivos de considerarem a manutenção do dador como uma sobrecarga às suas funções	XVII
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição dos sujeitos sobre qual a falta de apoio que motiva sobrecarga às suas funções.	XVII
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento do envolvimento da unidade em um processo de manutenção de dadores	XVIII
<b>Gráfico 11</b> - Distribuição dos sujeitos sobre a transmissão de informação aos familiares sobre a doação de órgãos	XIX
<b>Gráfico 12</b> - Distribuição dos sujeitos sobre quem fornece a informação aos familiares	XX
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição dos sujeitos sobre a capacidade de transmitir informação da doação aos familiares	XX
<b>Gráfico 14</b> - Distribuição dos sujeitos sobre quem deveria transmitir as informações aos familiares	XXI
<b>Gráfico 15</b> - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento da existência de um espaço com privacidade para receber os familiares	XXII

<b>Gráfico 16</b> - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento da existência de limite de idade para a doação	<b>XXII</b>
<b>Gráfico 17</b> - Distribuição dos sujeitos sobre o reconhecimento do CHD	<b>XXIII</b>
<b>Gráfico 18</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente ao apoio do CHD	<b>XXIV</b>
<b>Gráfico 19</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente à notificação do CHD da existência de potencial dador	<b>XXIV</b>
<b>Gráfico 20</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente ao conhecimento do objetivo do RENNDA	<b>XXV</b>
<b>Gráfico 21</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente à motivação para a detecção do potencial dador	<b>XXVI</b>
<b>Gráfico 22</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente à informação sobre os procedimentos da doação de órgãos.	<b>XXVII</b>
<b>Gráfico 23</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente ao tipo de informação a ser abordada no âmbito da colheita e transplantação de órgãos	<b>XXVIII</b>
<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos sujeitos que referem a idade limite para doação	<b>XXIII</b>

## **0 - INTRODUÇÃO**

A Enfermagem e o conhecimento em Enfermagem desde a sua origem até aos dias de hoje, tem sofrido alterações significativas. À semelhança de outras profissões, a sua evolução, ocorreu em contextos vários. É uma ciência que procura impor-se num universo relativamente restrito e de algum modo elitista.

Nesta medida, a investigação contribuiu e impulsionou o desenvolvimento progressivo e contínuo da Enfermagem como ciência. Hoje em dia, “a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados (...) que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios” da profissão e de áreas de atuação (FORTIN,2000,p.31). Assim, a investigação em enfermagem prevê conhecimento que contribua para a melhoria contínua da qualidade, garantia e gestão dos cuidados, refletindo-se na melhoria dos perfis de saúde dos utilizadores dos cuidados, na satisfação dos profissionais e na maior visibilidade da profissão, assim como, é componente indispensável à formação.

A ideia de que a investigação no âmbito da enfermagem “pertence” sobretudo aos teóricos da profissão, tem que ser refutada. Enquanto enfermeiros, prestadores de cuidados, não podemos assumir um papel de meros espectadores; é-nos requerido um papel mais interventivo, pois situámo-nos numa posição privilegiada para melhor diagnosticar, validar e avaliar as necessidades, dos utilizadores e prestadores de cuidados, da profissão e das instituições de saúde. O caminho mais óbvio é intervir no processo. Um processo de intervenção pressupõe um envolvimento pessoal, permite a mobilização do conhecimento existente, implica um conjunto de etapas organizadas, encadeadas e articuladas e deve ser claro e reflectido. Para tal, é necessário que o problema seja analisado no campo mais vasto da sua ocorrência, recorrendo à articulação de saberes e reflexões próprias com o conhecimento resultante da investigação.

Neste sentido, a investigação, constitui o método de excelência na produção, validação e expansão do conhecimento científico. Investigar e problematizar os contextos da prática, equacionando-os, permitem o cruzamento da teoria com a prática, identificar problemas baseados na observação e a sua posterior validação. Segundo a OE (2006, p.1-2) a “investigação pode dar um elevado contributo à

prática clínica de Enfermagem na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática (...) e concomitantemente na validação desses saberes (...); ideia corroborada por Fortin quando refere “as atividades clínicas que conduzem à definição de problemas de investigação, numa dada disciplina, têm frequentemente a sua origem nos locais da prática” (FORTIN, 2009, p.15).

Enquanto formanda, num percurso de especialização, ao determinar um itinerário de formação, tenho sempre presente, a vontade que este contribua para o desenvolvimento da profissão, reflita a capacidade de dar resposta aos problemas da população, se adequa ao meu contexto profissional, à experiência prévia e preferências pessoais. Neste sentido, como enfermeira que integra um projeto a jusante da área da transplantação renal; a atividade de colheita de órgãos; ao longo dos anos, quer no decorrer da prestação direta de cuidados, quer nas várias formações que participei, como formanda ou como formadora, empiricamente constatei existir ainda algum desconhecimento, constrangimentos e estigmas nesta área de formação e de cuidados.

Partindo destes pressupostos, emergem as seguintes questões orientadoras da investigação foram a matriz e fio condutor de todo o desenrolar do estudo:

*“Quais as necessidades de formação dos enfermeiros das UCI sobre a temática: doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral?”*

*“Estão os enfermeiros das UCI sensibilizados para a temática da doação e colheita de órgãos para transplante?”*

Assim, e no sentido de desenvolvimento da experiência prévia na área da doação, manutenção e colheita de órgãos; num período transversal a todos os ensinamentos clínicos realizados, foi utilizada a metodologia de investigação com o objetivo de: *Avaliar as necessidades de formação e sensibilização dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) sobre a doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral.*

A formação é primordial em enfermagem e referida como eixo prioritário da investigação (OE, 2006). A nível macro contribui para o desenvolvimento profissional e melhoria dos cuidados, constitui “(...) um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica (...)” (CARVALHAL, 2003, p.3), a nível micro para o desenvolvimento pessoal.

O paradigma da formação tem-se modificado ao longo dos tempos. Atualmente a formação é direcionada não só, para a vertente tecnicista, mas também no sentido de desenvolvimento pessoal, fomentando no formando, a reflexão e análise, de e sobre a práxis, com visibilidade nas atitudes, pensamento e ação. Nesta área sensível de cuidados, reveste-se de grande importância, pois; permite capacitar os profissionais para a prestação de cuidados complexos, enquadrar a temática a nível legal e despertar o pensamento ético e moral.

Collins refere que, enfermeiros consciencializados para a doação de órgãos têm atitudes positivas, o que aumenta a probabilidade de identificar um dador com sucesso, menciona a necessidade de programas educacionais que proporcionem o conhecimento, sensibilização e habilidade nesta área de cuidados e aponta que, *deficits* de formação e confiança, em questões que envolvam a doação de órgãos, podem reduzir o número de dadores disponíveis e consequentemente o aumento das listas de espera para transplante (COLLINS, 2005).

O estudo foi desenvolvido em um Centro Hospitalar da Região de Lisboa que tem protocolo com o Ministério da Saúde, incluído na Rede Nacional de Colheita e Transplantação, em que, todos os hospitais que o integram, são considerados Unidades Autorizadas para Colheita de Órgãos (ASST, 2010). Para permitir a sua validação na fase metodológica foram equacionados os recursos e meios a utilizar, a população e método de recolha de dados mais acessíveis, exequíveis e eficazes.

## **1 - METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório pois, visa “descrever, nomear ou caracterizar um fenômeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido” (FORTIN, 2000, p. 52); transversal, limitado a um espaço temporal bem definido (FORTIN,2000) e com recurso a metodologia quantitativa. Esta metodologia consiste num “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” FORTIN (2000, p.22) onde o investigador “ (...) observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenômeno tal como se apresentam” FORTIN (2000, p.22).

A população em estudo é constituída por enfermeiros que exercem a sua atividade em UCI de hospitais considerados Unidades Autorizadas para Colheita de Órgãos. A amostra é não probabilística, de conveniência, selecionada tendo como base critérios de escolha intencionais onde, os elementos a incluir no estudo como fontes de dados, são os enfermeiros das UCI do Centro Hospitalar onde decorrem os ensinamentos clínicos, não só, por permitir conhecer a realidade em que me situo, mas também por se tornar mais fácil a concretização do estudo. Como referi anteriormente, este Centro Hospitalar está incluído na Rede Nacional de Colheita e Transplantação, onde, todos os hospitais que o integram, são considerados Unidades Autorizadas para Colheita de Órgãos (ASST, 2010); logo, todos os elementos da amostra, encontram-se previsivelmente, em igualdade de circunstâncias.

Como método de recolha de dados, foi utilizado o inquérito sob a forma de questionário. A escolha deste método foi circunstancial e baseou-se no facto de se tratar de um processo estruturado, com potencial qualitativo e quantitativo, de recolha de informação, de fácil aplicação num período relativamente curto. Segundo CARMO e FERREIRA (2008), este método é mais económico, permite a sistematização, maior rapidez na recolha e análise dos dados e maior simplicidade de análise. O questionário é constituído por duas partes; a primeira parte permite caracterizar a amostra relativamente à idade, género e anos de experiência profissional; a segunda parte, é constituída por 16 perguntas fechadas que permitem validar os objetivos do estudo.

Nesta sequência e no sentido de operacionalizar este projeto, foi solicitado consentimento à Direção de Enfermagem do respetivo Centro Hospitalar para a

consecução do estudo e em reunião formal foi efetuada uma sinopse do projeto, explicado o propósito do estudo e disponibilizado um exemplar do instrumento de colheita de dados; que foi deferido.

A existência de um instrumento de colheita de dados, elaborado por peritos na área - Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) - que me foi facultado, facilitou esta tarefa, pois evitou a elaboração de um questionário de raiz, necessitando este, apenas de ligeira reformulação e adequação aos objetivos do estudo. No entanto, visto nunca ter sido aplicado, numa fase preliminar, requereu a necessidade de aplicação de um pré-teste, com o objetivo de avaliar a pertinência e eficácia do questionário, validando se este é de fácil preenchimento, traduz fielmente a opinião dos inquiridos, permite colher a informação desejada, as questões são de fácil interpretação e não ambíguas e a linguagem utilizada é facilmente compreendida e inequívoca.

O pré-teste foi aplicado numa UCI de um Hospital dos arredores de Lisboa, no período de 30 de Outubro a 9 de Novembro; após contacto prévio com a Direção de Enfermagem, e reunião formal com o Enfermeiro Chefe da unidade selecionada. Esta UCI cumpria os critérios de inclusão do estudo, ser considerada Unidade Autorizada para Colheita de Órgãos. Numa amostra de 30 enfermeiros, correspondente ao total de enfermeiros que integram a equipa da UCI, obtiveram-se 26 questionários respondidos, sendo um questionário anulado por preenchimento incorreto, submetidos a análise 25 questionários (n= 25).

Junto do Enfermeiro Chefe da unidade onde o pré teste foi aplicado, foi solicitado o *feedback* da restante equipa de enfermagem, esta não referiu dificuldades de preenchimento e/ou compreensão. Mediante este *feedback* e após análise dos dados foram efetuadas algumas alterações que inferiam o ótimo preenchimento do instrumento e melhor consecução dos objetivos do estudo. Neste sentido a questão número 6 *“tente explicar o conceito de morte cerebral por palavras suas”*, foi excluída por apresentar respostas ambíguas, as questões número 1 *“concorda com a doação de órgãos para transplantação?”* e 2 *“se respondeu não, refira porquê”* também foram excluídas por reservas de teor ético, a questão número 21 *“que tipo de informação gostaria de ver tratada no âmbito da colheita e transplantação de órgãos e tecidos?”* foi modificada, transformando-se em pergunta fechada, sendo incluídas como alternativas de resposta, as sugestões apresentadas pelos

enfermeiros que responderam a esta questão. Também o objetivo do estudo foi alterado, passando de “*avaliação de conhecimento e sensibilização*” para “*avaliação de necessidades de formação e sensibilização*”. Todas as alterações foram orientadas e supervisionadas pela Orientadora e Coorientadora.

Esta investigação protege os participantes no estudo, garantindo o anonimato e confidencialidade. O questionário numa primeira parte, permite caracterizar a amostra nomeadamente quanto ao género, idade e experiência profissional e numa segunda parte, permite obter a opinião dos participantes através de um conjunto de 16 questões fechadas, que nos seus conteúdos permitem validar os objetivos da investigação.

### **1.1 - Fase Empírica**

A recolha de dados ocorreu entre Dezembro de 2012 e segunda semana de Janeiro de 2013. Embora a realização do estudo fosse já do conhecimento, do Enfermeiro Chefe das várias UCI, via Direção de Enfermagem, com respetiva aprovação; aquando da entrega dos questionários foi solicitada reunião formal com o Enfermeiro Chefe de cada UCI, com o objetivo de, não só, personalizar o pedido e agradecer a colaboração, mas também contextualizar os objetivos do estudo, possibilitando a transmissão da informação à restante equipa de enfermagem. Foram distribuídos 152 questionários que correspondem à amostra total de enfermeiros que exercem funções nas cinco UCI do CH supracitado, sendo devolvidos, corretamente preenchidos, 110 questionários; 42 enfermeiros não participaram no estudo por se encontrarem ausentes de licença por férias e maternidade.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *IBM SPSS Statistics Version 20*, com recurso, na sua análise, a testes estatísticos descritivos com determinação de frequências absolutas e relativas e a medida de tendência central, média.

### **1.2 - Limitações do estudo**

A principal limitação encontrada reporta-se para o cruzamento dos resultados deste estudo com outros estudos nesta área. Podem verificar-se lacunas por não ter encontrado estudos com os mesmos objetivos, necessidades de formação e sensibilização; da bibliografia e estudos que serviram de suporte essencialmente

abordam, como objeto de análise, o conhecimento e atitudes. Por reconhecer que estes dois fatores influenciam e estão intimamente ligados à formação e sensibilização, serviram de suporte na discussão dos resultados.

Por último, a inexperiência na aplicação da metodologia científica que poderá ser reveladora de interpretações errôneas.

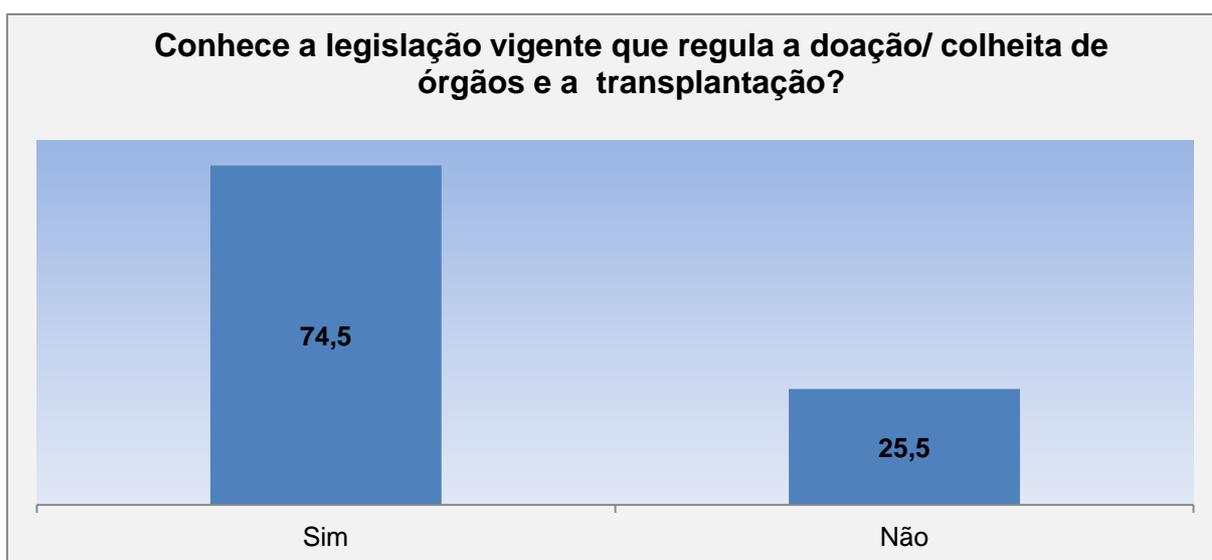
## 2 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo com recurso aos gráficos e tabelas elaborados, analisados individualmente e discutidos mediante a bibliografia consultada.

Como referi anteriormente, a amostra é constituída por 110 enfermeiros (n=110), maioritariamente do género feminino (76,4%), a média de idades é 35,31 anos e a média de anos de experiência profissional é de 12,38.

A questão “*Conhece a legislação vigente que regula a doação/colheita de órgãos e a transplantação?*” permite mensurar o conhecimento dos sujeitos sobre a legislação vigente que regula a doação/colheita de órgãos e a transplantação. Nesta sequência, 74,5% referem conhecer a legislação vigente e 25,5% referem desconhece-la.

Gráfico 1 - *Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento da legislação vigente*

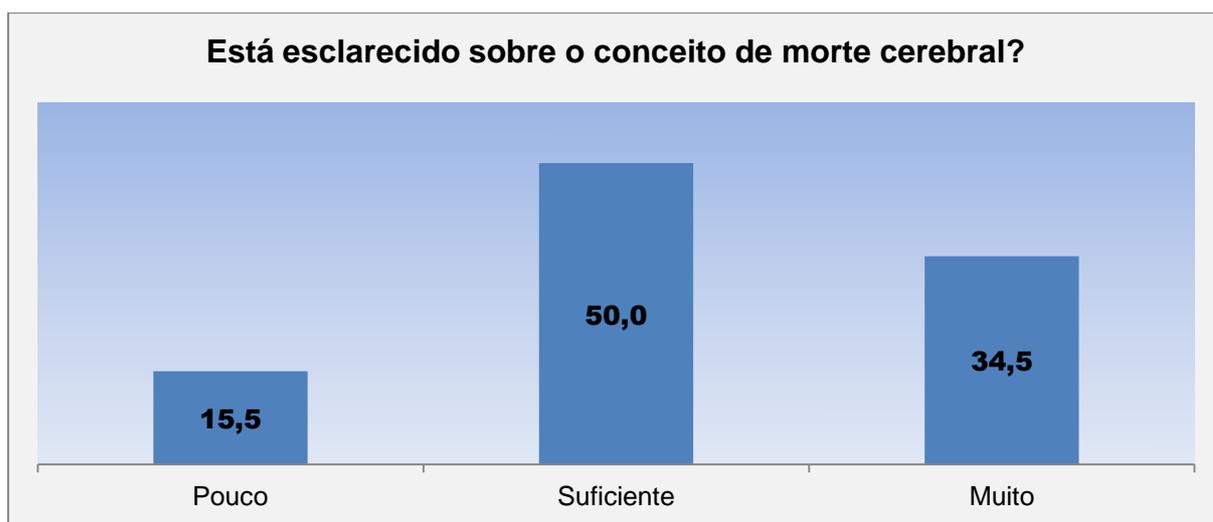


Sendo esta, uma área de cuidados sensível, mediada por questões do foro legal, ético e moral é requisito conhecer a legislação vigente para decidir e atuar sob proteção legal de todos os envolvidos no processo. FLODÉN et al (2011) refere que conhecer a legislação e como usa-la na prática, é uma parte importante do “trabalho” com o (potencial) dador

As questões número 2 “*Está esclarecido sobre o conceito de morte cerebral?*” e 3 “*Seria capaz de explicar o conceito?*” permitem mensurar o esclarecimentos dos sujeitos sobre o conceito de morte cerebral e a capacidade de explicar este conceito.

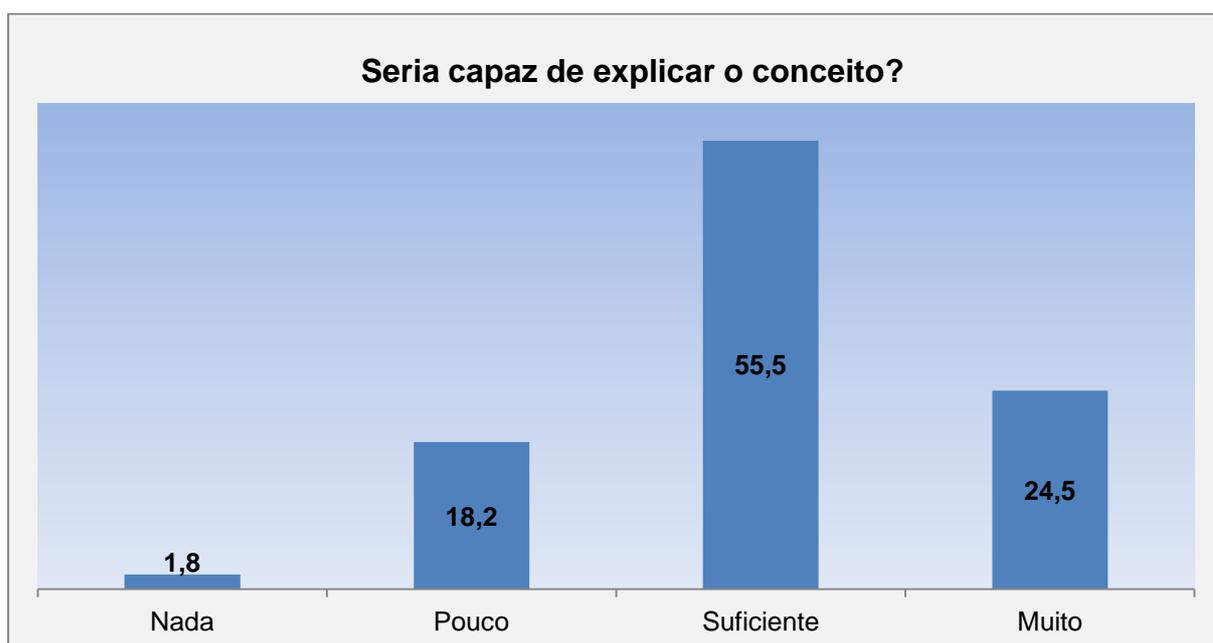
Neste sentido, quando abordado o conceito de morte cerebral, 50% referem estar esclarecido suficiente, 15,5 % pouco esclarecido e apenas 34,5% referem estar muito esclarecido sobre este conceito.

Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos sobre o esclarecimento do conceito de morte cerebral



Por outro lado, 55,5% referem ser capaz de explicar o conceito suficientemente, 24,5% referem ser muito capaz, no entanto 18,2% e 1,8% referem ser pouco ou nada capaz de explicar este conceito.

Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos sobre a capacidade de explicação do conceito de morte cerebral



Resultados similares, podem ser observados no estudo desenvolvido por PELLERIAUX et al (2008), contrastando com os resultados de COLLINS (2005), em que maior percentagem dos inquiridos refere ser capaz de adequadamente explicar o conceito e KIM, FISHER e ELLIOTT (2006a), onde a maioria dos enfermeiros da UCI referem um elevado nível de conhecimentos sobre morte cerebral, no que respeita a diagnóstico, testes de diagnóstico e interpretação dos resultados, mas apresentando um nível inferior de conhecimento quando se fala nos critérios de exclusão de morte cerebral. Para MEYER, BJORK e EIDE (2011) os enfermeiros das UCI percebem o seu próprio conhecimento teórico, sobre diagnóstico de morte cerebral como muito baixo. PEARSON et al (2001) e INGRAM, BUCKNER e RAYBURN (2002) referem que, o conceito de morte cerebral é difícil de entender para a família<sup>20</sup>, e atribuem à enfermagem, quando detentores do conhecimento adequado, o papel facilitador na sua clarificação e explicação da realidade da situação à família. Por outro lado, RIOS et al (2005) referem que, o desconhecimento deste conceito, induz um quadro erróneo e concepções negativas na doação de órgãos. KIM, FISHER e ELLIOTT (2006b), identificaram fatores negativos evidenciados pelos enfermeiros, que interferem na clarificação deste conceito, como sejam: a aceitação da conceptualização da morte cerebral, a possibilidade de erro de diagnóstico e a remoção de órgãos antes da paragem cardíaca como violação dos direitos humanos; FLODÉN e FORSBERG (2009) acrescentam que atitudes próprias dos enfermeiros influenciam a percepção da família negativa e positivamente, apontando; a incerteza e inquietação; a morte cerebral descrita como antinatural e fator preditivo de insucesso; a visão da morte como uma nova oportunidade e as diferentes perspetivas do ser humano como um ser único, indivisível ou corpo e mente separados.

O tema “morte cerebral” possui hoje em dia uma conceptualização, metodologia diagnóstica e enquadramento legal bem definidos, não havendo atualmente controvérsia significativa do ponto de vista da ciência, da religião ou da ética; sendo esta definida como “cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, Nº 235/94); pelo que, lesão irreversível

---

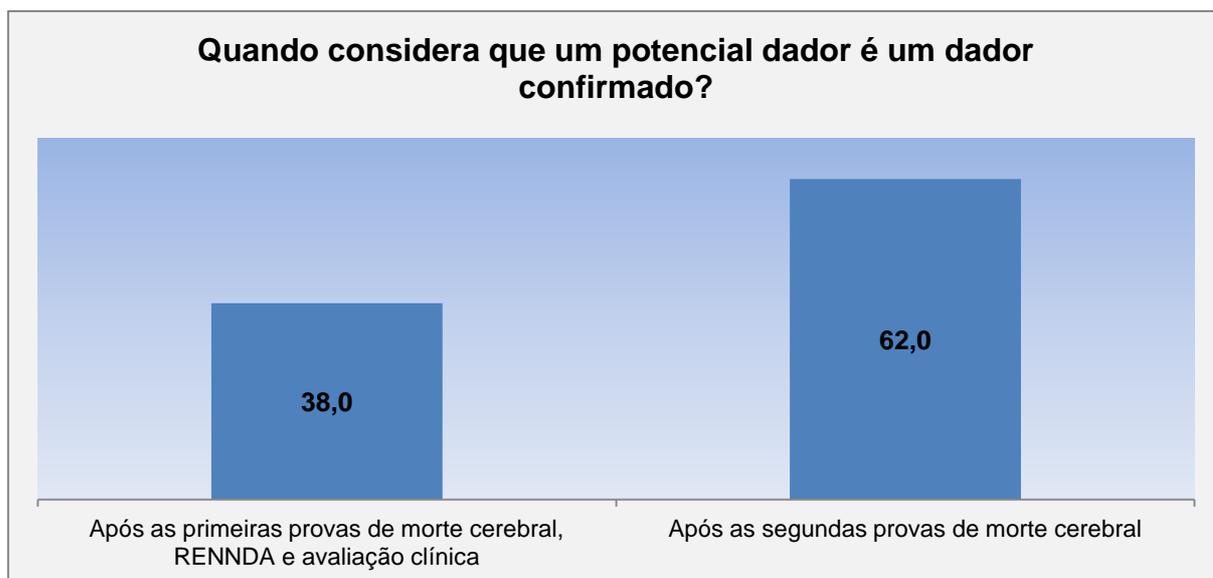
<sup>20</sup> O termo engloba a família e/ou pessoa significativa

do tronco cerebral é condição necessária e suficiente para o diagnóstico de morte cerebral, confirmada através das provas de morte cerebral.

Na questão número 4 “Quando considera que um potencial dador é dador confirmado?”, 62% dos sujeitos responderam corretamente, após as segundas provas de morte cerebral; sendo que 38% dos sujeitos desconhece o *timing* da alteração da nomenclatura de “potencial dador”, para “dador confirmado”.

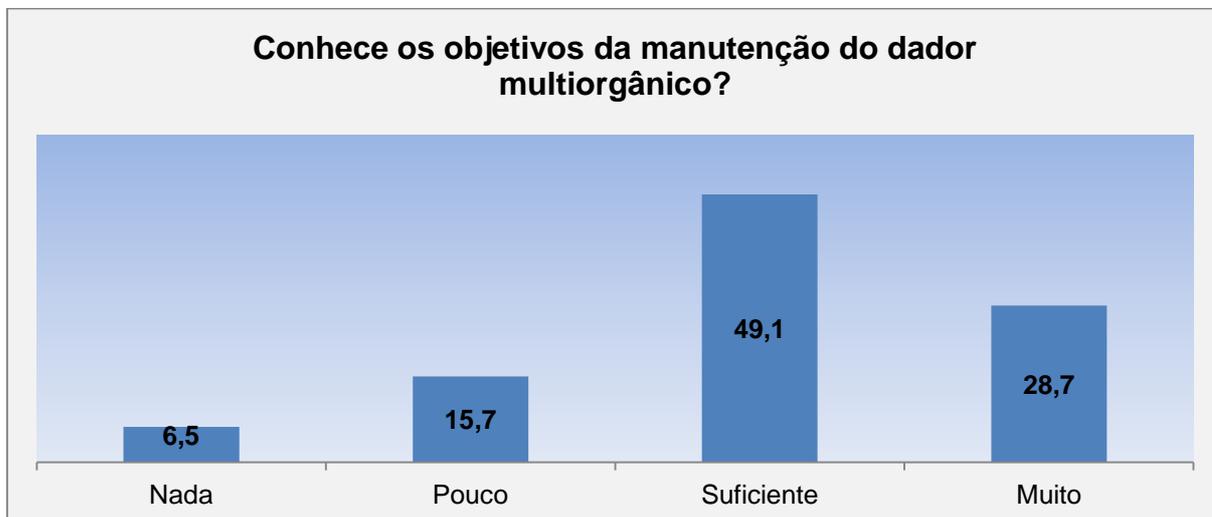
A Declaração da Ordem dos Médicos (DIÁRIO DA REPÚBLICA, Nº 235/94); que legisla as condições prévias, critérios e metodologia de certificação de morte cerebral; determina a exigência de dois conjuntos de provas de morte cerebral, onde as segundas atestam as primeiras. No intervalo que medeia estas provas, há uma alteração da nomenclatura, onde, após as segundas provas de morte cerebral o potencial dador passa a designar-se de dador.

Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento de quando um potencial dador é dador confirmado



Na questão número 5 “Conhece os objetivos da manutenção do dador multiorgânico?”, apenas 28,7% dos sujeitos referem muito conhecimento, 49,1% tem conhecimento suficiente e 15,7% e 6,5% referem conhecimento insuficiente, respetivamente pouco e nada.

Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento dos objetivos da manutenção do dador multiorgânico



A correta manutenção do (potencial) dador de órgãos tem dois objetivos primordiais: (1) evitar a perda de potenciais dadores, dos quais, pode depender a vida de alguém que aguarda um órgão e (2) assegurar que os órgãos se encontrem no melhor estado possível, quando transplantados (MIRET e BURDIO; 2005). A manutenção do (potencial) dador requer uma abordagem adequada, solicita conhecimento profundo de toda uma série de alterações fisiopatológicas decorrentes da morte cerebral, que comprometem a perfusão e oxigenação dos órgãos (MIRET e BURDIO; 2005) e pode considerar-se como um dos principais desafios enfrentados pela equipas de UCI. Do enfermeiro, requer um cuidar altamente qualificado, exige conhecimento, técnica e sensibilidade pois implica tanto questões éticas, morais e legais como aspetos afetivos.

A questão número 6 subdivide-se em várias questões, que permitem mensurar, como encaram os sujeitos a manutenção do dador e quais as dificuldades e/ou limitações. Na questão “*Encara a manutenção do dador como um processo normal das suas funções?*”, maioritariamente, os sujeitos respondem que a encaram como um processo normal das suas funções (89,7%), verificando-se no entanto, dualidade de respostas positivas, pois na seguinte questão “*Encara a manutenção do dador como uma sobrecarga às suas funções?*”, 23,3% dos sujeitos referem que sim, conforme se pode verificar nos gráficos 6 e 7.

Gráfico 6 e 7- Distribuição dos sujeitos sobre a forma como encara a manutenção do dador

Gráfico 6 - Um processo normal das suas funções

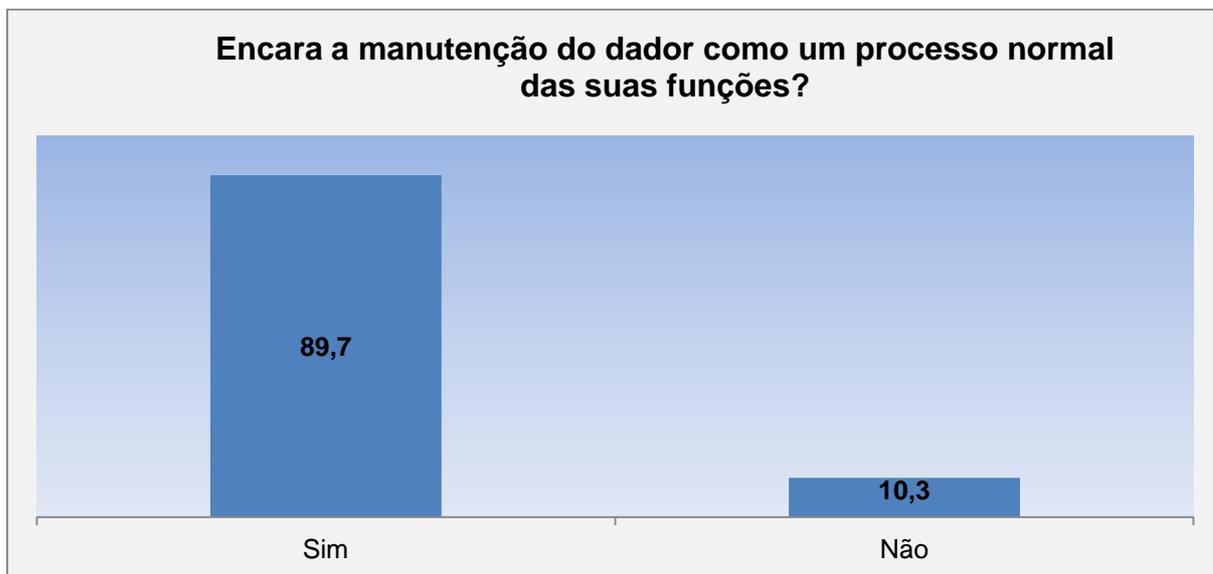
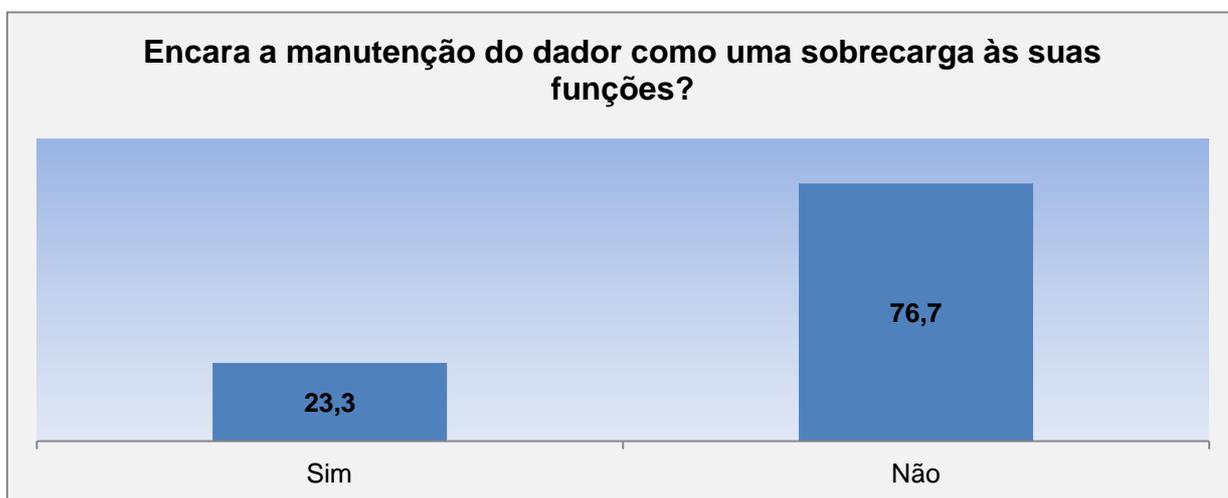


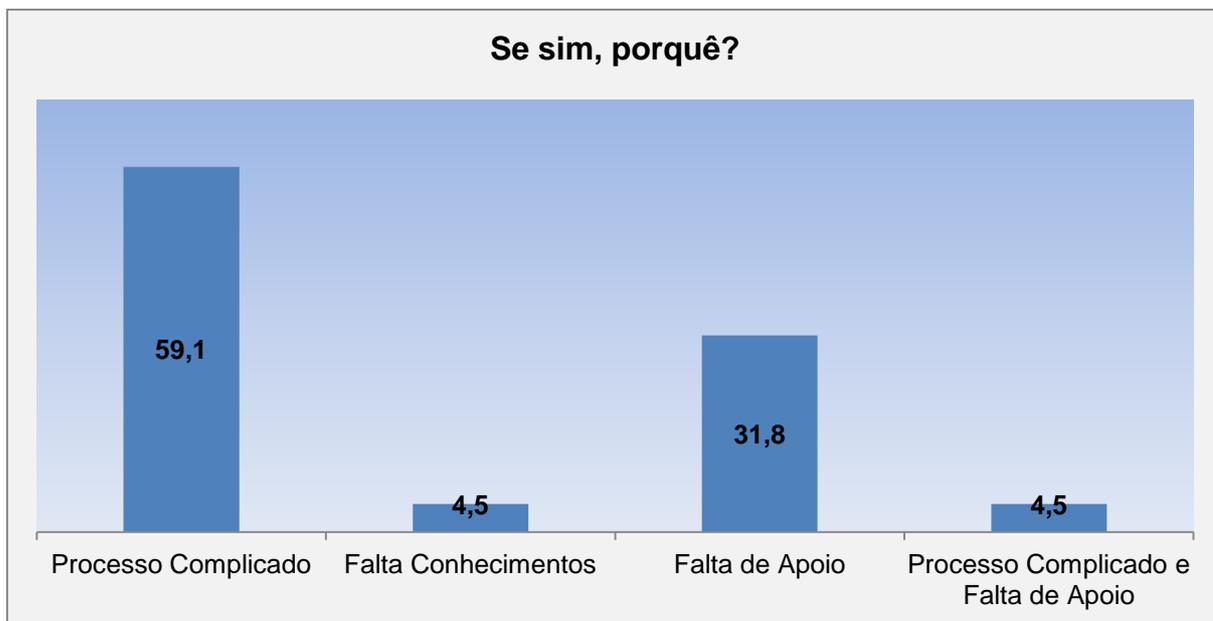
Gráfico 7 – Sobrecarga às suas funções



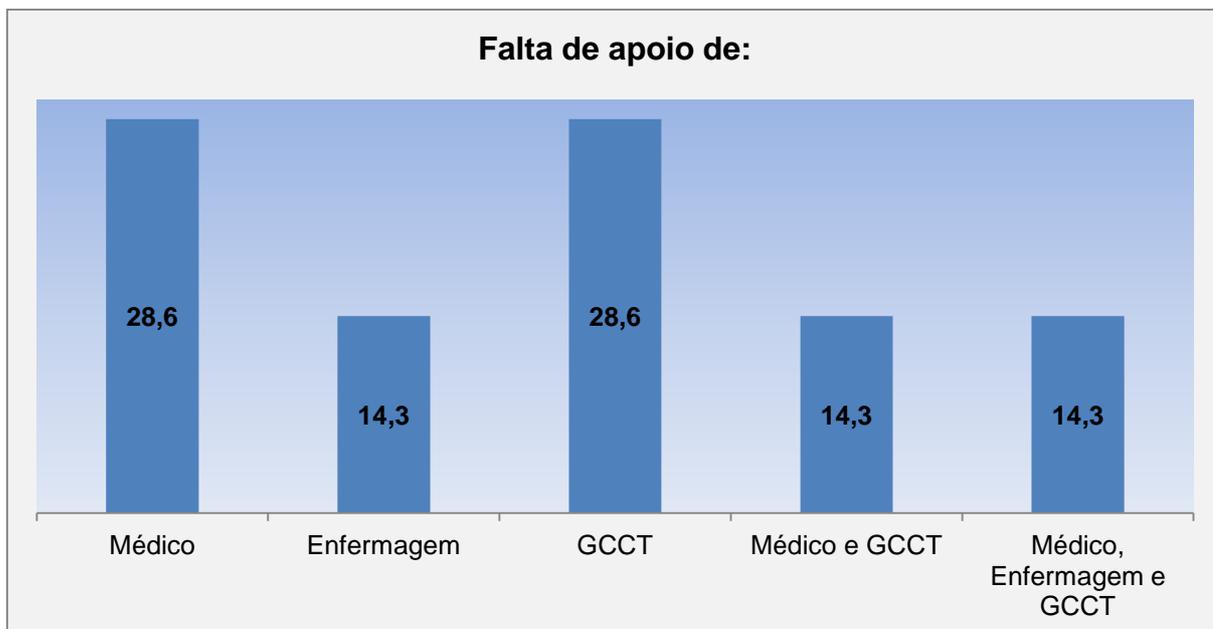
Ainda na continuidade desta questão, apontam como razões de “sobrecarga às suas funções”: ser um processo complicado, 59,1%; falta de apoio, 31,8%; falta de conhecimentos, 4,5% e processo complicado juntamente com falta de apoio, 4,5%. Como suporte de apoio, referem essencialmente, a ausência de apoio médico e do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) ( ambos 28,6%),

apontando também a falta de apoio de enfermagem, médico e GCCT, médico, enfermagem e GCCT, cada um com 14,3%, conforme explícito nos gráficos 8 e 9.

*Gráfico 8 - Distribuição dos sujeitos sobre os motivos de considerarem a manutenção do dador como uma sobrecarga às suas funções*



*Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos sobre qual a falta de apoio que motiva sobrecarga às suas funções.*

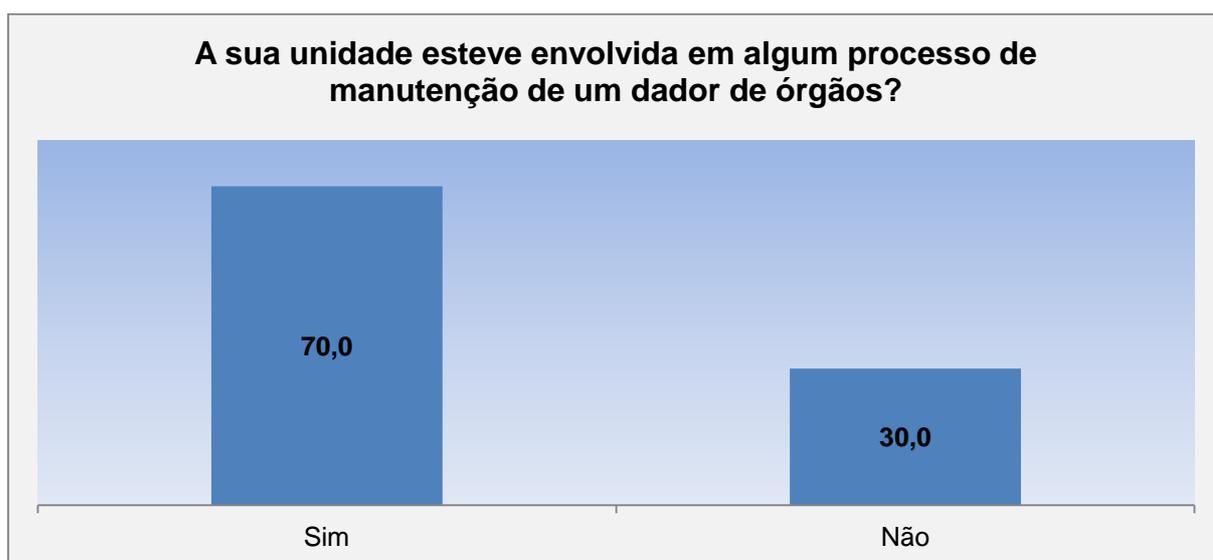


A questão número 7 também se subdivide em várias questões que permitem validar, o conhecimento dos sujeitos, sobre o envolvimento da unidade onde exercem

funções em algum processo de manutenção para doação, se a família do dador é informada e quem fornece essa informação; a capacidade dos sujeitos para a transmissão dessa informação e recolher a opinião dos sujeitos sobre quem deveria fornecer essa informação.

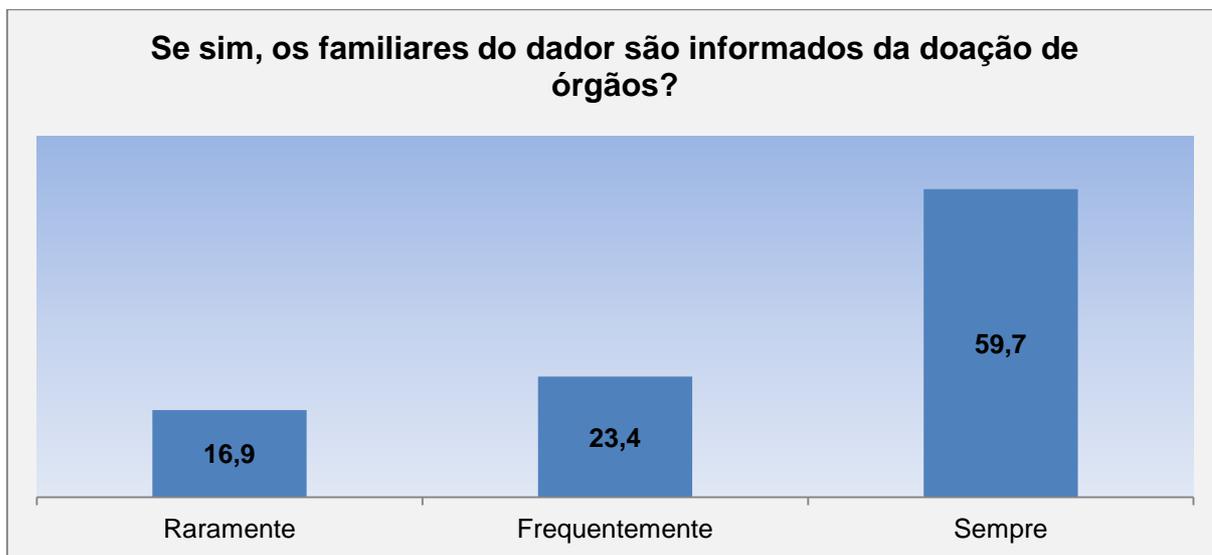
Embora as unidades selecionadas para o estudo cumpram todas os critérios de inclusão, na questão “*A sua unidade esteve envolvida em algum processo de manutenção de um dador de órgãos?*”, 30% dos sujeitos referem que a unidade onde exercem a atividade profissional não esteve envolvida em algum processo de manutenção de um dador de órgãos. A irregularidade desta atividade, o decréscimo acentuado do número de colheitas nos últimos tempos, este processo se desencadear e decorrer rapidamente, poderão ter determinado este resultado.

Gráfico 10 - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento do envolvimento da unidade em um processo de manutenção de dadores.



Nesta sequência e no caso de resposta afirmativa, na questão “*Se sim, os familiares do dador são informados da doação de órgãos?*”, 59,7% dos sujeitos responderam que os familiares são sempre informados, 23,4% responderam que frequentemente e 16,9% que raramente os familiares são informados da doação.

Gráfico 11 - Distribuição dos sujeitos sobre a transmissão de informação aos familiares sobre a doação de órgãos.



Embora a legislação Portuguesa determine e se aplique o princípio do consentimento presumido, onde são dadores “todos os cidadãos que não tenham declarado a sua oposição à doação *post mortem*” (LEI N°22/2007), ou seja, não se encontram inscritos no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (DECRETO-LEI N°244/94), é prática comum nos últimos anos informar a família sobre esta questão, garantindo a transparência do processo.

Ainda nesta sequência, na questão “*Quem fornece essa informação?*”, maioritariamente (81,6% dos sujeitos) referem que a informação à família é fornecida pelo médico, apenas 14,5% refere que esta informação é fornecida conjuntamente pelo médico e enfermeiro e 3,9% refere que a informação é dada pelo médico e GCCT.

Estes resultados são sustentados na questão seguinte “*Sentir-se-ia à vontade para o fazer?*” onde se observam, algumas reservas para abordar esta questão com os familiares; 43% dos sujeitos responderam pouco, 37% suficiente e 7% nada; apenas 13% responderam sentir muito à vontade para o fazer. No entanto, na questão “*Quem considera que deveria prestar essa informação?*”, os mesmos referem que a informação deveria ser fornecida pela equipa conjunta da UCI (34,3% dos sujeitos), 60,6% dos sujeitos referem que a informação deveria ser fornecida pela equipa da UCI juntamente com o GCCT e apenas 5,1% dos sujeitos considera que a

responsabilidade de fornecer esta informação é exclusiva do GCCT, nos gráficos 12, 13 e 14 são expostos estes resultados.

Gráfico 12 - Distribuição dos sujeitos sobre quem fornece a informação aos familiares.



Gráfico 13 - Distribuição dos sujeitos sobre a capacidade de transmitir informação da doação aos familiares

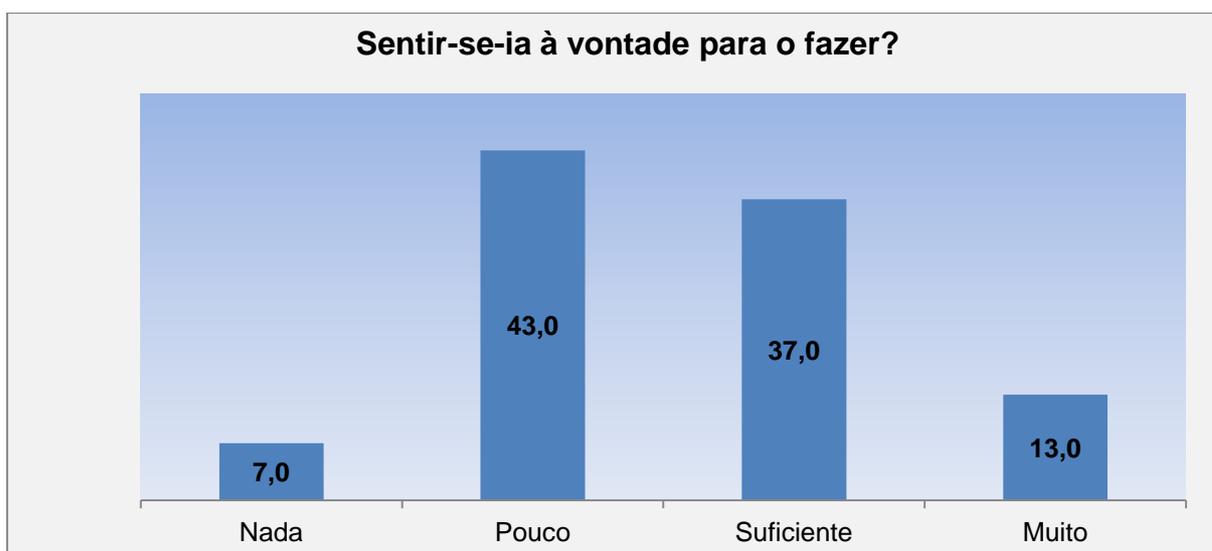
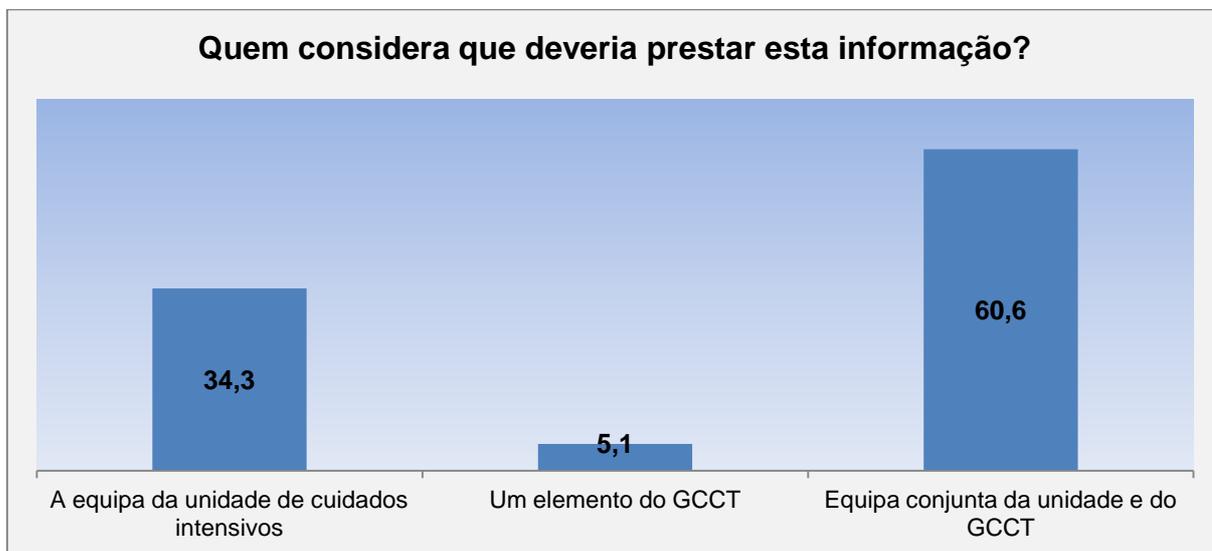


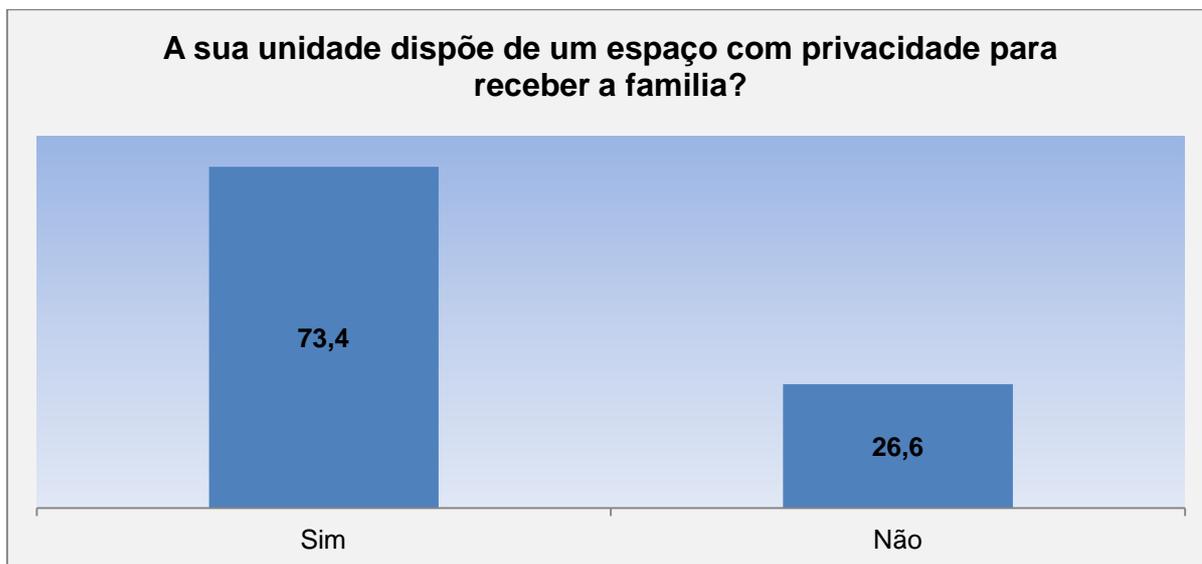
Gráfico 14 - Distribuição dos sujeitos sobre quem deveria transmitir as informações aos familiares



O National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) emana *guidelines* neste sentido e recomenda que a abordagem e discussão com a família sobre a doação de órgãos, é de responsabilidade multidisciplinar e inclui médico e enfermeiro envolvidos nos cuidados ao dador, um especialista em doação e um representante religioso (se indicado) e que, os envolvidos na abordagem deverão ter habilidade e conhecimentos necessários para fornecer suporte emocional adequado e informações precisas sobre a doação de órgãos (NHS, 2011). COLLINS (2005) menciona, como barreiras na abordagem à família, a falta de confiança e o conhecimento deficitário sobre doação e enfermeiros inadequadamente preparados, predominantemente os mais jovens. Neste âmbito, PEARSON et al (2001) enunciam a família e a necessidade de apoio emocional como foco de atenção dos cuidados de enfermagem, e segundo MEYER e BJORK (2008) esta requer da enfermagem esforço e tempo.

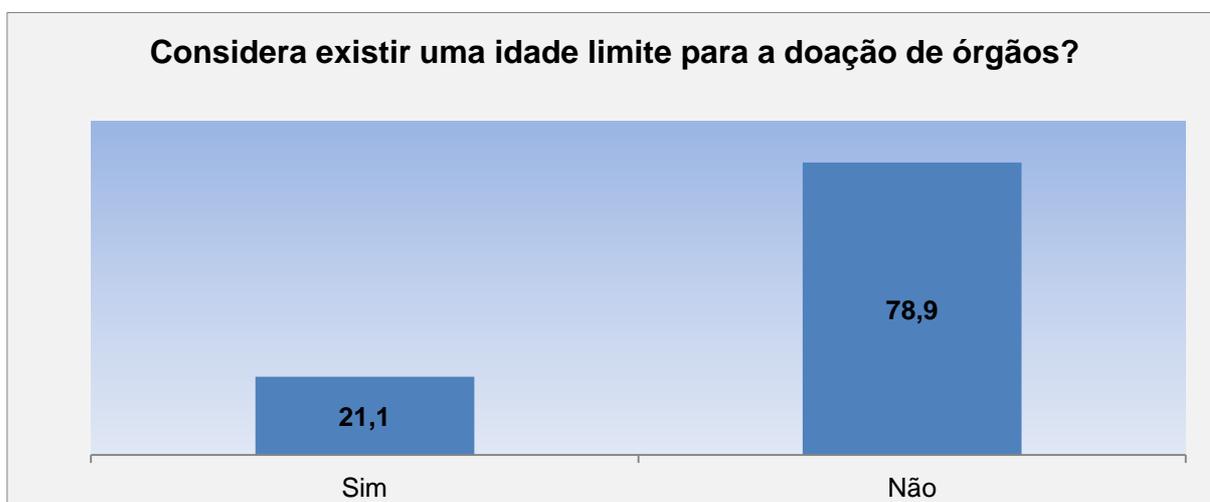
Na questão número 8 “ *A sua unidade dispõe de um espaço com privacidade para receber a família?*” , 73,4% dos sujeitos referem que sim e 26,6% dos sujeitos referem que não.

Gráfico 15 - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento da existência de um espaço com privacidade para receber os familiares.



A questão número 9 “*Considera existir uma idade limite para a doação de órgãos?*” permite validar o conhecimento relativamente ao limite de idade para a doação de órgãos, neste sentido 78,9% dos sujeitos, referem não existir idade limite e 21,1% referem que sim, sendo que, desta percentagem apenas 15 elementos mencionaram qual a idade limite, variando entre o valor mínimo de 50 anos e o valor máximo de 80 anos.

Gráfico 16 - Distribuição dos sujeitos sobre o conhecimento da existência de limite de idade para a doação.



*Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos que referem a idade limite para doação.*

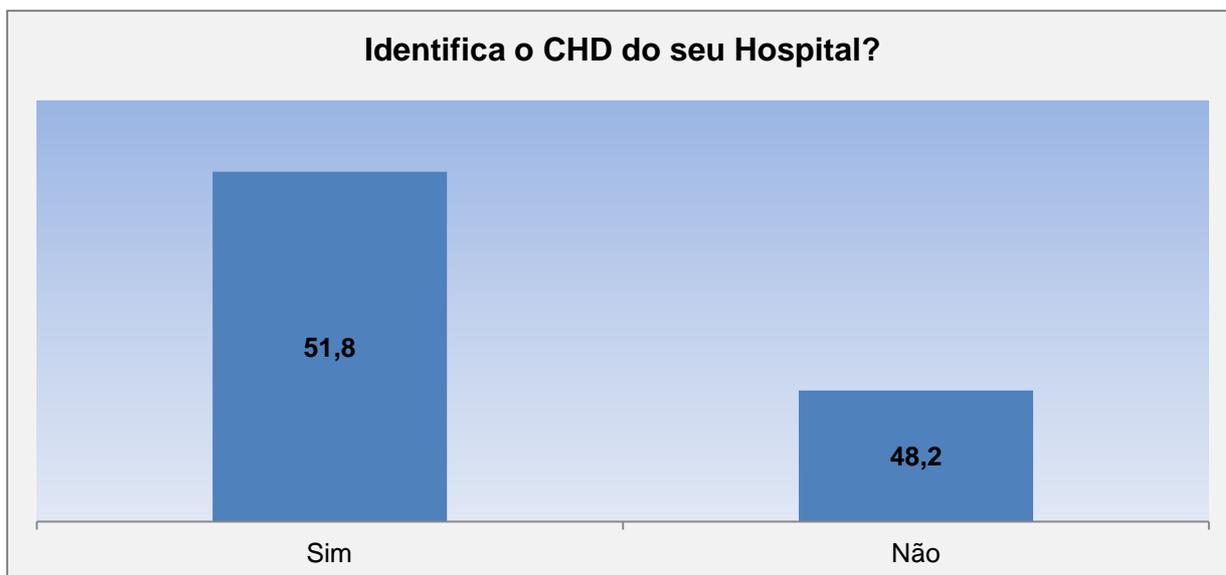
**Estatísticas descritivas**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Se Sim, qual?	15	50	80	62,67	8,209
N válido (de lista)	15				

Nas questões número 10,11 e 12 é validado o reconhecimento e papel do Coordenador Hospitalar de Doação (CHD).

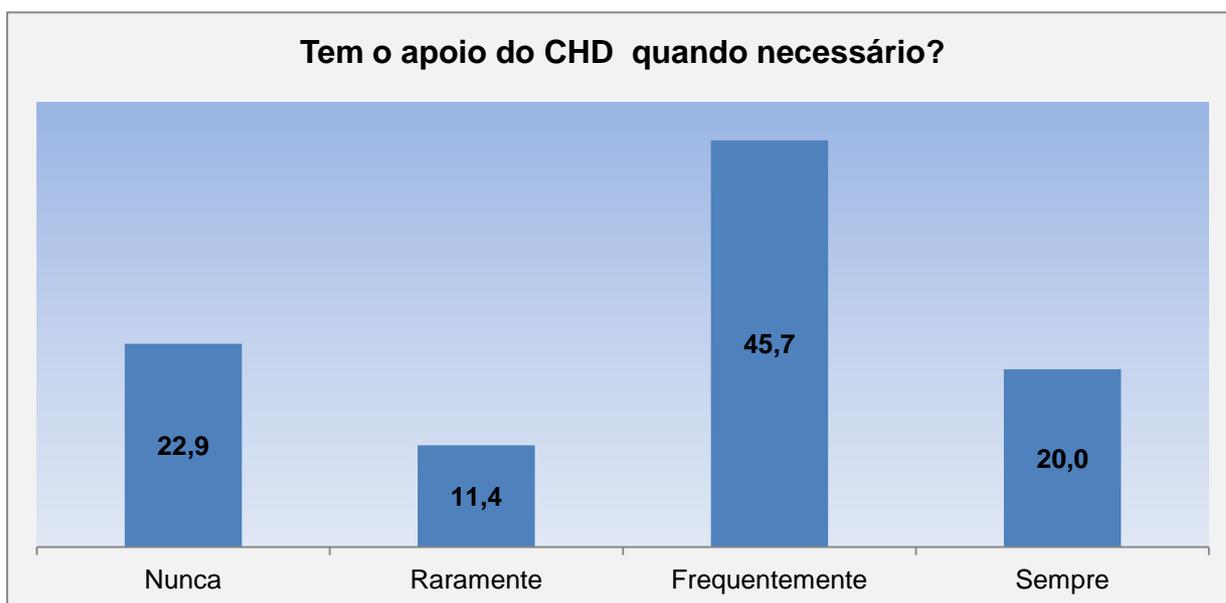
O CHD foi criado pela Portaria 357/2008 de 9 de Maio; é nomeado pelo Conselho de Administração do respectivo hospital sob proposta do Coordenador Nacional, sendo requisito, um perfil de competências e formação específicas na área da doação; desempenha funções cumulativas com as que lhe competem no hospital que integra; atua em complementaridade com o GCCT a que está estrito (PORTARIA 357/2008) e funciona como elo de ligação e dinamizador da atividade de colheita. Na questão “*Identifica o CHD do seu hospital?*” 51,8% dos sujeitos referem que sim e 48,2% não o identificam.

*Gráfico 17 - Distribuição dos sujeitos sobre o reconhecimento do CHD*



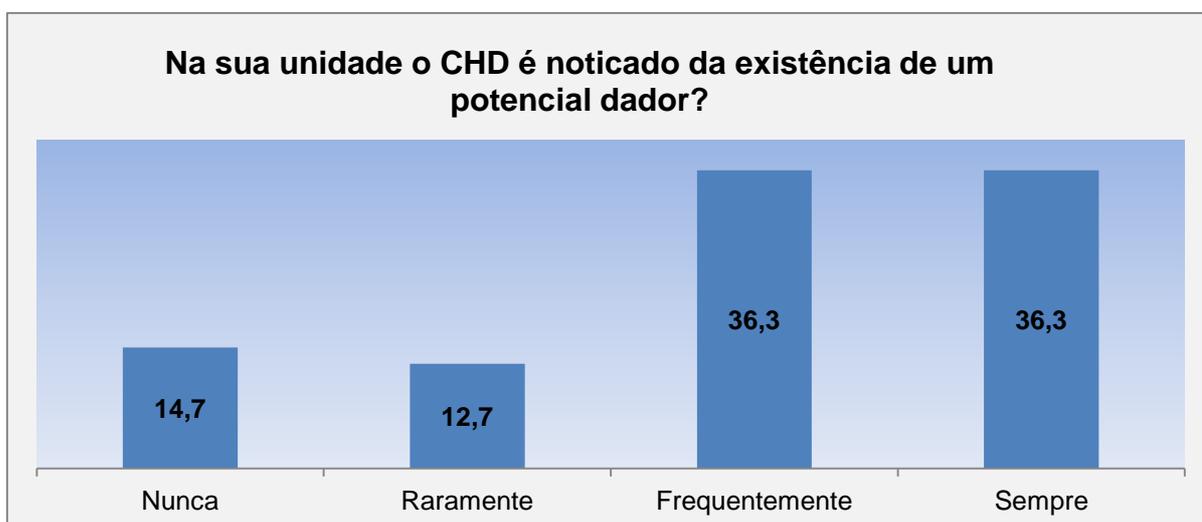
Ainda nesta sequência na questão “*Tem o apoio do CHD quando necessário?*” 20% dos sujeitos referem que sempre, 45,7% frequentemente, 11,4% raramente tem o apoio do CHD, 22,9% dos sujeitos referem que nunca tem o apoio do CHD.

Gráfico 18 - Distribuição dos sujeitos relativamente ao apoio do CHD



Finalmente nesta sequência, na questão “Na sua unidade o CHD é notificado da existência de um potencial dador?”, maioritariamente os sujeitos referem que frequentemente e sempre (ambos 36,6%) notificam o CHD aquando da existência de um potencial dador, ainda assim, 12,7% e 14,7% dos sujeitos referem que raramente ou nunca notificam o CHD.

Gráfico 19 - Distribuição dos sujeitos relativamente à notificação do CHD da existência de potencial dador

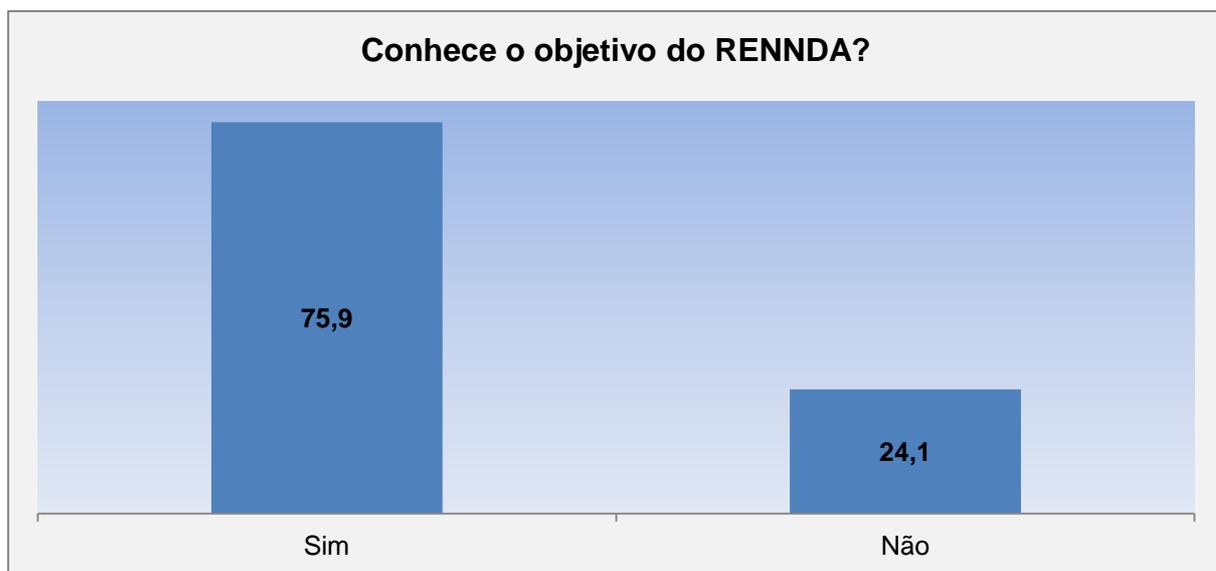


A questão número 13 “*Conhece o objetivo do RENNDA?*”, permite mensurar o conhecimento do objetivo do Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA).

O RENNDA foi criado com o objetivo de viabilizar o direito de oposição total ou parcial à dívida *post mortem*, através da inscrição junto do Ministério da Saúde e com emissão do cartão de não dador (LEI Nº22/2007). Neste sentido são considerados dadores “*todos os cidadãos que não tenham declarado a sua oposição à doação post mortem*”, ou seja, não se encontram inscritos no RENNDA, sendo aplicando o princípio do consentimento presumido.

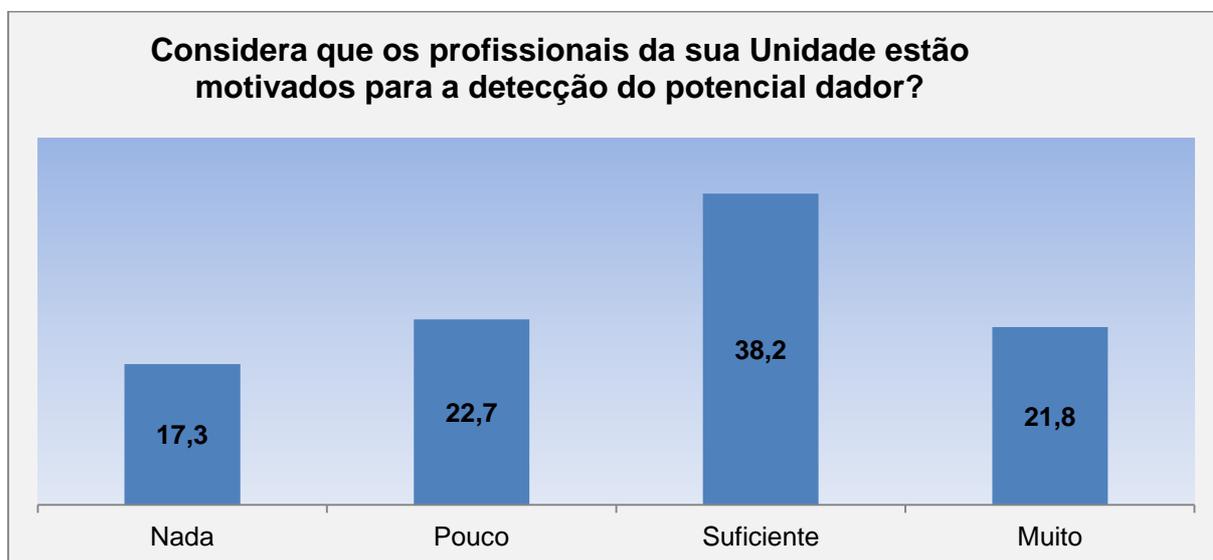
Nesta questão 75,9% dos sujeitos referem conhecer o objetivo do RENNDA e 24,1% referem desconhecer.

Gráfico 20 - *Distribuição dos sujeitos relativamente ao conhecimento do objetivo do RENNDA*



Na questão número 14 “*Considera que os profissionais da sua unidade estão motivados para a deteção do potencial dador?*”, 38,2% dos sujeitos referem que os profissionais da unidade onde exercem funções estão suficientemente motivados, 21,8% muito motivados, 22,7% pouco motivados e 17,3% nada motivados. Estes resultados induzem *deficits* de motivação na equipa de enfermagem, podendo inferir consequências negativas em todo o processo de doação.

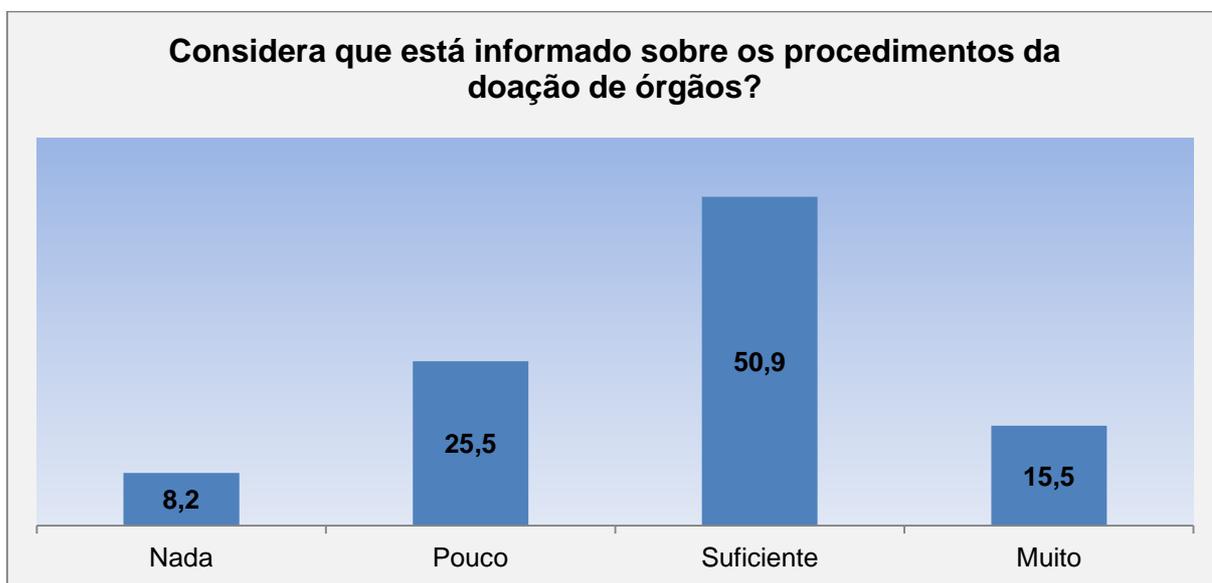
Gráfico 21 - Distribuição dos sujeitos relativamente à motivação para a detecção do potencial dador



COLLINS (2005) citando vários autores, refere que enfermeiros consciencializados para a doação de órgãos têm atitudes positivas, o que aumenta a probabilidade de identificar um dador com sucesso, menciona a necessidade de programas educacionais que proporcionem o conhecimento, sensibilização e habilidade nesta área de cuidados e aponta que, *deficits* de formação e confiança, em questões que envolvam a doação de órgãos, podem reduzir o número de dadores disponíveis e consequentemente o aumento das listas de espera para transplante. Também KIM, FISHER e ELLIOTT (2006b) e RÍOS et al (2007) referem que, atitudes positivas dos profissionais de saúde, influenciam significativamente o processo de decisão da família pró doação.

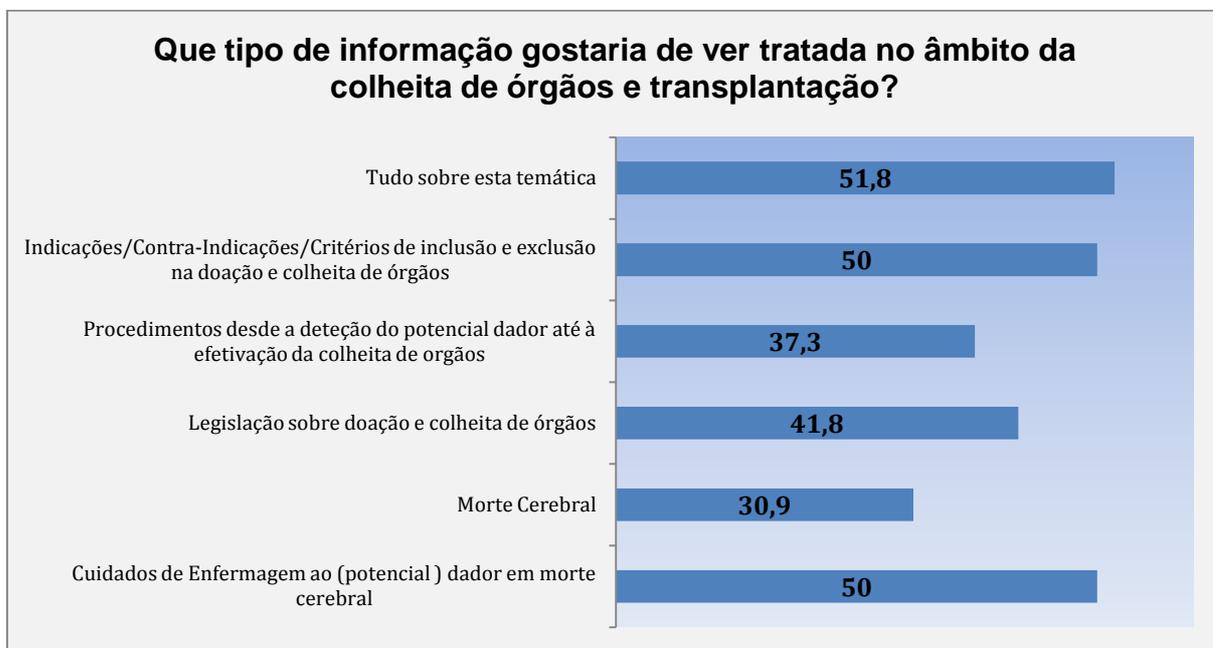
Os resultados da questão número 15 “*Considera que está informado sobre os procedimentos da doação de órgãos?*” apontam *deficits* de informação sobre os procedimentos da doação de órgãos, sendo que, 50,9% dos sujeitos referem ter informação suficiente, 25,5% referem ter pouca informação e 8,2% nenhuma informação; apenas 15,5% dos sujeitos referem ter muita informação.

Gráfico 22 - Distribuição dos sujeitos relativamente à informação sobre os procedimentos da doação de órgãos.



Finalmente, a questão 16 “*Que tipo de informação gostaria de ver tratada no âmbito da colheita de órgãos e transplantação?*” permite identificar áreas prioritárias e necessidades de formação no âmbito da colheita e transplantação de órgãos, assim como permite projetar uma formação futura de acordo com as necessidades de formação referidas. Neste sentido os participantes dão primazia maioritariamente a todas as áreas de interesse nesta temática (51,8%); aos cuidados de enfermagem ao (potencial) dador em morte cerebral (50%) e indicações/ contraindicações/ critérios de inclusão e exclusão na doação e colheita de órgãos (50%); no entanto outras áreas de formação, embora referidas como de menos interesse, apresentam valores significativos, como sejam legislação (41,8%), procedimentos desde a detecção do dador até à efetivação da colheita (37,3) e o tema morte cerebral (30,9%) .

Gráfico 23 - Distribuição dos sujeitos relativamente ao tipo de informação a ser abordada no âmbito da colheita e transplantação de órgãos



### 3 – CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES

Como já referi anteriormente, o objetivo deste estudo é avaliar as necessidades de formação e sensibilização dos enfermeiros das UCI sobre a doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral. Após análise dos resultados, verificou-se existência de lacunas a nível de formação e sensibilização nesta área. De forma global, os participantes do estudo, revelam necessidades de formação, quando se verifica um nível de conhecimento tendencialmente satisfatório (suficiente). Da mesma forma, nas questões que permitem medir e validar a sensibilização dos enfermeiros, quantificam-se uma maior percentagem de respostas de nível suficiente.

No sentido de corroborar esta afirmação, sumariamente podem-se referir como principais resultados

- ❑ 25,5% dos sujeitos não conhecem a legislação vigente que regula a doação/colheita de órgãos e a transplantação;
- ❑ 15,5 % dos sujeitos referem estar pouco esclarecidos sobre o conceito de morte cerebral e apenas 24,5% dos sujeitos referem ser muito capaz de explicar este conceito;
- ❑ Apenas 28,7% dos sujeitos referem muito conhecimento sobre os objetivos da manutenção do dador e 23,3% referem a manutenção do dador como uma sobrecarga às suas funções;
- ❑ 81,6% dos sujeitos refere que a informação à família sobre a doação é fornecida pelo médico, sendo que 43% referem sentir-se pouco à vontade para o fazer;
- ❑ 48,2% dos sujeitos não o identificam o CHD e 22,9% referem que nunca tem o seu apoio;
- ❑ 24,1% dos sujeitos não conhecem o objetivo do RENNDA
- ❑ 17,3% dos sujeitos referem que os profissionais das UCI não estão nada motivados para a detecção do potencial dador e apenas 15,5% dos sujeitos referem ter muita informação sobre os procedimentos na doação de órgãos.

Desta análise, isoladamente importa referir, a dificuldade e limitações na abordagem à família do (potencial) dador, sendo que, neste âmbito, o enfermeiro deverá assumir, perante a família, o papel de facilitador e elo de ligação na gestão da informação e emoções, apoiando-a e ajudando-a no processo de luto.

Outro aspeto importante que este estudo revela, é a elevada percentagem de participantes que desconhecem o CHD; importa refletir sobre este resultado e questioná-lo.

Defendo a criação de espaços de formação e construção de ambientes que favoreçam a aprendizagem em conjunto, a reflexão e visão partilhada, promovendo o desenvolvimento de competências e garantindo a qualidade, padronização e uniformização de cuidados nesta área de atuação; com recurso e envolvimento de profissionais e organismos de referência.

Programas de formação nesta área de cuidados, visam aumentar o *pool* de dadores (LIN et al; 2010), (COLLINS; 2005); são medidas positivas na uniformização de procedimentos, diminuição do *gap* entre procura e oferta de órgãos e aumento da competência, experiência e conhecimento dos profissionais com reflexo e alteração de atitudes (MEYER, BJORK e EIDE; 2011); contribuem para a expandir o conhecimento, promover a discussão e partilha, minimizar o stress e trauma e desenvolver políticas e procedimentos (PEARSON et al; 2001) e potencializa mudança de comportamentos, nomeadamente na abordagem à família (KIM, FISHER e ELLIOTT; 2006b). INGRAM, BUCKNER e RAYBURN (2002) e KIM, FISHER e ELLIOTT (2006a) referem que, o conhecimento influencia a atitude e que uma base sólida de conhecimento, reforça e estimula atitudes positivas e consistentes; também PELLERIAUX et al (2008) reforçam esta ideia ao mencionarem o efeito positivo do European Donor Hospital Education Program nas atitudes e necessidades educacionais. Neste âmbito, a literatura apresenta visões contraditórias, JEON et al (2012) referem que a experiência em doação de órgãos é mais afetada pelo conhecimento que pelas atitudes; MEYER e BJORK (2008) atribuem importância ao conhecimento, porém mencionam a “familiarização” com o processo de doação e as “habilidades” como essenciais e centrais no processo de comunicação, na satisfação das necessidades e confiança dos familiares.

No final do ano transato o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde através do Despacho 16351/2012 de 24 de Dezembro, cria um grupo de trabalho com peritos na área da colheita e transplantação de órgãos, para avaliar as possíveis causas para a diminuição da transplantação e colheita de órgãos em Portugal e propor medidas corretivas; este estudo envolveu Ministério da Saúde, Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação, Unidades de

Transplantação e Unidades de Cuidados Intensivos a nível nacional. Nos resultados publicados recentemente pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), a formação inadequada dos profissionais foi uma das razões evocadas e este grupo de trabalho recomenda programas de formação aos profissionais de saúde diretamente envolvidos nesta área de atuação, assim como programas de formação ao nível das escolas e universidades (IPST, 2013).

Neste sentido, porque não incluir esta temática, nos considerados programas de formação obrigatórios das instituições hospitalares e formações graduada e pós graduada, das Escolas de Enfermagem? Criando espaços de formação, que permitam não só, aumentar o conhecimento, mas também potencializem a discussão e sensibilização nesta área de cuidados.

#### **4 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A investigação é uma área privilegiada de intervenção para os enfermeiros, como tal, pode e deve ser encarada como um instrumento ao serviço do desenvolvimento da Enfermagem, cooperando na construção de uma profissão mais autónoma e consciente da sua importância e responsabilidade social.

As principais implicações deste estudo na prática podem ser descritas nas vertentes: melhoria dos cuidados, investigação e desenvolvimento de políticas e protocolos a nível organizacional.

Ao determinar os objetivos para este estudo, era preocupação premente, não ser um trabalho meramente académico, mas com continuidade; neste sentido, no período em que decorreu, foram estabelecidos contactos com responsáveis da área da transplantação e doação, Direção de Enfermagem e respetivos Enfermeiros Chefes das UCI do CH para a elaboração e efetivação de um programa de formação mediante as necessidades identificadas, extensível não só à Enfermagem, mas também a outras classes profissionais.

A necessidade de formação no âmbito da doação de órgãos, é um problema atual. Sendo, uma área sensível de cuidados e um dos maiores desafios lançados à enfermagem, onde a “morte”, sendo uma constante, gera incerteza, angústia, afastamento e dificuldade em agir, é necessário contrariar esta tendência e adotar uma atitude proactiva. É indispensável problematizar as situações do quotidiano, capacitar os profissionais para as enfrentar e procurar a melhor solução; o que determina e exige um esforço conjunto e uma intervenção a vários níveis.

Importa debater e refletir de forma alargada as questões centrais dos cuidados de saúde; a humanização, a qualidade, a eficácia e eficiência, a equidade e justiça.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASST – Rede Nacional de Colheita e Transplantação. **Unidades autorizadas-colheita de órgãos**. [Em linha]. (04/2010). Acedido em Outubro 2012. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/transplantacao/servicos/Paginas/redenacional.aspx>
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (2008) – **Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem**. 2ª Edição. Lisboa : Universidade Aberta. ISBN: 978-972-674-231-9.
- CARVALHAL, Rosa ( 2003)- **Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos, Perspetiva dos Atores**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-40-1.
- COLLINS, Timothy J (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. **Intensive and Critical Care Nursing**. 21. 226-233.
- DIARIO DA REPÚBLICA. SERIE I- B Nº 235 (11/10/94) 6160 [Em linha]. Acedido em Junho de 2012. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/28F07131-EFC4-44F5-BCCD-64F73FBE5120/17523/61606160.pdf>
- DECRETO-LEI Nº244/94 **Diário da República, 1ª Série-A**. Nº223 (26/9/1994) 5780-5781. [Em linha]. Acedido em Julho de 2012. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/57805782.pdf>
- FLODÉN, Anne et al (2011). Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 20 (21-22) p.3183-3195. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=34&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=Jmxhbm9c9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=21564363>
- FLODÉN, Anne e FORSBERG, Anna (2009). A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. **Intensive and Critical Care Nursing**. 25. 306-313.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2000) – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- INGRAM, Jacqueline; BUCKNER, Ellen e RAYBURN, Ann (2002). Critical Care Nurses' Attitude and Knowledge Related to Organ Donation. **Dimensions of Critical**

**Care Nursing**. Vol. 21, nº 6 (Novembro/ dezembro 2002) p. 249-255. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2003030472>

IPST (2013). **Relatório sobre as causas da diminuição das colheitas e transplantação de órgãos**. [Em linha]. Acedido em Maio de 2013. Disponível em [http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos\\_transplantacao/Rel\\_causa\\_s\\_diminuicao\\_transplantacao.pdf](http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos_transplantacao/Rel_causa_s_diminuicao_transplantacao.pdf)

JEON, K.O et al (2012). A Study on Knowledge and Attitude toward Brain Death and Organ Retrieval among Health Care Professionals in Korea. **Transplantation Proceedings**. 44. p.859-861.

LEI Nº 22/2007. **Diário da República, 1ª Série**. 124 (29/06/2007) 4146-4150. [Em linha]. Acedido em Abril de 2013. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/41464150.pdf>

KIM, Jung; FISHER, Murray e ELLIOTT, Doug (2006a). Knowledge levels of Korean intensive care nurse towards brain death and organ transplantation. **Journal of Clinical Nursing**. 15. P.574-580. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009333856>

KIM, Jung; FISHER, Murray e ELLIOTT, Doug (2006b). Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: instrument development and testing. **Journal of Advanced Nursing**. 53 (5). p. 571- 582. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=10&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=nyh&AN=19826594>

LEI Nº 22/2007. **Diário da República, 1ª Série**. 124 (29/06/2007) 4146-4150. [Em linha]. Acedido em Julho de 2012. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/41464150.pdf>

LIN, L. et al (2010). Increasing the Participation of Intensive Care Unit Nurses to Promote Deceased Donor Organ Donation. **Transplantation Proceedings**. 42. p.716-718.

MEYER, Kathe; BJORK, Ida e EIDE, Hilde (2011). Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. **Journal of Advanced Nursing**. 68 (1). p. 104-115. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2011396386>

MEYER, Kathe e BJORK, Ida (2008). Change on focus: from intensive care towards organ donation. **Transplant International: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation**. 21 (2) . p. 133-139. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=17&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=17944801>

MIRET, José e BURDIO, Juan (2005). MANTENIMIENTO DEL DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA. IN: UNIVERSITAT DE BARCELONA – **Manual de coordinación de transplantes**. Barcelona: Imprimeix S.L. ISBN: 84-601-3996-0.

NHS (2011). **Organ donation for transplantation: improving donor identification and consent rates for deceased organ donation**. [Em linha]. Acedido em Março de 2013. Disponível em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13628/57502/57502.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – **Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição** [Em linha]. Acedido em Março de 2013. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

PEARSON, Alan et al (2001). Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.10 (1). p. 132-139. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=20&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b->

[07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=11820230](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=29&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=11820230)

PELLERIAUX, Béatrice et al (2008). An analysis of critical care staff's attitudes to donation in a country with presumed-consent legislation. **Progress in Transplantation**. Vol. 18, nº3. (Setembro 2008) p.173-178. [Em linha]. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=29&sid=b679a2a4-e1b5-40e7-8b8b-07cf9847ae5b%40sessionmgr10&hid=118&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=18831482>

PORTARIA 357/2008. **Diário da República, 1ª Série**. 90 (09/05/2008) 2513- 2515 [Em linha]. Acedido em Março de 2013. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/0251302515.pdf>

RIOS, A. et al (2007). Benefit of a Hospital Course About Organ Donation and Transplantation: An Evaluation by Spanish Hospital Transplant Personnel. **Transplantation Proceedings**. 39. p. 1310-1313.

RIOS, A. et al (2005). Attitude Toward Deceased organ Donation and Transplantation Among the Workers in the Surgical Service in a Hospital With a Transplant Program. **Transplantation Proceedings**. 37. p.3603-3608.

## **APÊNDICE VII**

Questionário Inicial

**Questionário de Avaliação de Conhecimentos e Sensibilização dos Enfermeiros das UCI's  
para a Doação de Órgãos no (Potencial) Dador em Morte Cerebral**

O presente questionário é anónimo e confidencial. Destina-se a avaliar o nível de conhecimentos e sensibilização dos Enfermeiros das UCI do [REDACTED] para a temática da doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral, atividade fundamental em todos os programas de transplantação.

Insera-se no âmbito do 3º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção em Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A sua opinião é fundamental. Caso pretenda, os resultados, ser-lhe-ão fornecidos.

Responda assinalando com um  a sua opção.

Preencha por favor os seguintes dados:

**Obrigado pela sua colaboração**

**Lista de siglas**

GCCT- Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

RENDA- Registo Nacional de Não Dadores

CHD- Coordenador Hospitalar de Doação

**Género:** M  F  **Idade:** \_\_\_\_\_ **Experiência Profissional (nº anos) :** \_\_\_\_\_

**1 - Concorda com a doação de órgãos para transplantação?** Sim  Não

**2 - Se respondeu não , refira porquê**

---

---

**3 - Conhece a legislação vigente que regula a doação/colheita de órgãos e a transplantação?**

Sim  Não

**4 - Está esclarecido sobre o conceito de morte cerebral?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**5 - Seria capaz de explicar o conceito?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**6 – Tente explicar o conceito por palavras suas**

---

---

---

**7 - Quando considera que um potencial dador é um dador confirmado?**

- 7.1 - Após as primeiras provas de morte cerebral
- 7.2 - Após as primeiras provas de morte cerebral, RENNDA e avaliação clínica
- 7.3 - Após as segundas provas de morte cerebral
- 

**8 – Conhece os objectivos da manutenção do dador multiorgânico?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**9 – Encara a manutenção do dador como?**

9.1 - Um processo normal das suas funções? Sim  Não

9.2 - Uma sobrecarga às suas funções? Sim  Não

9.2.1 – Se sim porquê?

Processo complicado

Falta de conhecimentos

Falta de apoio:

Médico  Enfermagem  GCCT

---

**10 – A sua unidade esteve envolvida em algum processo de manutenção de um dador de órgãos?**

Sim  Não

**10.1 – Se sim, os familiares do dador são informados da doação de órgãos?**

Sempre  Frequentemente  Raramente  Nunca

**10.2 – Quem fornece essa informação?** \_\_\_\_\_

**11 – Sentir-se-ia à vontade para o fazer?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**112– Quem considera que deveria prestar esta informação?**

12.1 - A equipa da unidade de cuidados intensivos

12.2 - Um elemento do GCCT

12.3 - Equipa conjunta da unidade e do GCCT

**13 – A sua unidade dispõe de um espaço com privacidade para receber a família?**

Sim  Não

---

**14 – Considera existir uma idade limite para a doação de órgãos? Sim  Não**

Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

---

**15 – Identifica o CHD do seu Hospital?** Sim  Não

**16– Tem o apoio do CHD quando necessário?**

Sempre  Frequentemente  Raramente  Nunca

**17 – Na sua Unidade o CHD é notificado da existência de um potencial dador?**

Sempre  Frequentemente  Raramente  Nunca

---

**18 – Conhece o objectivo do RENNDA?** Sim  Não

---

**19 – Considera que os profissionais da sua Unidade estão motivados para a detecção do potencial dador?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**20 – Considera que está informado sobre os procedimentos da doação de órgãos?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

---

**21 – Que tipo de informação gostaria de ver tratada no âmbito da colheita e transplantação de órgãos e tecidos?**

---

---

---

---

---

---

Obrigado pela sua disponibilidade e participação!

## **APÊNDICE VIII**

Pedido de Autorização à Direção de Enfermagem: Pré-Teste

À Direção de Enfermagem [REDACTED]

Eu, Maria de Fátima Moreira Gonçalves, aluna do 3º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção em Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar, a autorização para aplicação de pré-teste através de um questionário, aos Enfermeiros que exercem funções na Unidade de Cuidado Intensivos do [REDACTED]. O objetivo deste questionário é, avaliar o nível de conhecimentos e sensibilização dos enfermeiros para a temática da doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral.

Atenciosamente

Lisboa, Outubro de 2012

MARIA DE FATÍMA MOREIRA GONÇALVES

Email de contacto – fatima1999@gmail.com

## **APÊNDICE IX**

Questionário Final

**Questionário de Avaliação de Necessidades de Formação e Sensibilização dos Enfermeiros das UCI's para a Doação, Manutenção e Colheita de Órgãos no (Potencial) Dador em Morte Cerebral**

O presente questionário é anónimo e confidencial. Destina-se a avaliar as necessidades de formação e sensibilização dos Enfermeiros das UCI do [REDACTED] para a temática da doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral, atividade fundamental em todos os programas de transplantação.

Insere-se no âmbito do 3º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção em Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A sua opinião é fundamental. Caso pretenda, os resultados, ser-lhe-ão fornecidos.

Responda assinalando com um  a sua opção.

Preencha por favor os seguintes dados:

**Obrigado pela sua colaboração**

**Lista de siglas**

GCCT- Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

RENDA- Registo Nacional de Não Dadores

CHD- Coordenador Hospitalar de Doação

**Género:** M  F  **Idade:** \_\_\_\_\_ **Experiência Profissional (nº anos) :** \_\_\_\_\_

**1 - Conhece a legislação vigente que regula a doação/colheita de órgãos e a transplantação?**

Sim  Não

**2 - Está esclarecido sobre o conceito de morte cerebral?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**3 - Seria capaz de explicar o conceito?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**4 - Quando considera que um potencial dador é um dador confirmado?**

4.1 - Após as primeiras provas de morte cerebral

4.2 - Após as primeiras provas de morte cerebral, RENDDA e avaliação clínica

4.3 - Após as segundas provas de morte cerebral

**5 - Conhece os objectivos da manutenção do dador multiorgânico?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

---

**6 – Encara a manutenção do dador como?**

6.1 - Um processo normal das suas funções? Sim  Não

6.2 - Uma sobrecarga às suas funções? Sim  Não

6.2.1 – Se sim porquê? (assinale a/as opções que o justifiquem)

Processo complicado

Falta de conhecimentos

Falta de apoio:

Médico

Enfermagem

GCCT

---

**7 – A sua unidade esteve envolvida em algum processo de manutenção de um dador de órgãos?**

Sim  Não

**7.1 – Se sim, os familiares do dador são informados da doação de órgãos?**

Sempre  Frequentemente  Raramente  Nunca

**7.2 – Quem fornece essa informação?** \_\_\_\_\_

**7.3– Sentir-se-ia à vontade para o fazer?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**7.4– Quem considera que deveria prestar esta informação?**

7.4.1 - A equipa da unidade de cuidados intensivos

7.4.2 - Um elemento do GCCT

7.4.3 - Equipa conjunta da unidade e do GCCT

**8 – A sua unidade dispõe de um espaço com privacidade para receber a família?**

Sim  Não

**9 – Considera existir uma idade limite para a doação de órgãos?** Sim  Não

Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

**10 – Identifica o CHD do seu Hospital?** Sim  Não

**11 – Tem o apoio do CHD quando necessário?**

Sempre  Frequentemente  Raramente  Nunca

**12 – Na sua Unidade o CHD é notificado da existência de um potencial dador?**

Sempre  Frequentemente  Raramente  Nunca

**13 – Conhece o objectivo do RENNDA?** Sim  Não

**14 – Considera que os profissionais da sua Unidade estão motivados para a detecção do potencial dador?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**15 – Considera que está informado sobre os procedimentos da doação de órgãos?**

Muito  Suficiente  Pouco  Nada

**16 – Que tipo de informação gostaria de ver tratada no âmbito da colheita e transplantação de órgãos?** (assinale uma ou mais das opções abaixo descritas)

- Cuidados de enfermagem ao (potencial) dador em morte cerebral
- Morte cerebral
- Legislação sobre doação e colheita de órgãos
- Procedimentos desde a detecção do potencial dador até à efetivação da colheita de órgãos
- Indicações/ contra indicações/ critérios de inclusão e exclusão na doação e colheita de órgãos
- Tudo sobre esta temática

Obrigado pela sua disponibilidade e participação!

## **APÊNDICE X**

Pedido Autorização à Direção de Enfermagem do CH

À Direção de Enfermagem do

Maria de Fátima Moreira Gonçalves, aluna do 3º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção em Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no momento a efetuar Ensino Clínico no Serviço de Nefrologia do [REDACTED]; venho por este meio solicitar, a autorização para aplicação de um questionário aos Enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Intensivos do [REDACTED]

Sendo o [REDACTED] um centro de referência e pioneiro na área da transplantação, o objetivo deste questionário é, avaliar o nível de conhecimentos e sensibilização dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos do [REDACTED] para a temática da doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral.

Atenciosamente

Lisboa, Outubro de 2012

MARIA DE FATÍMA MOREIRA GONÇALVES

Email de contacto – fatima1999@gmail.com

## **APÊNDICE XI**

Póster Apresentado no Encontro Renal 2013



# TRANSPLANTAÇÃO RENAL:

## Doação, Manutenção e Colheita de Órgãos no (Potencial) Dador em Morte Cerebral

Fátima Gonçalves – CHLC - Hospital São José  
fatima1999@gmail.com

### INTRODUÇÃO:

O Transplante Renal é considerado o tratamento **Gold Standard** na DRC:

Confere melhor qualidade de vida (QV) na IRCT (LANDRENEAU; LEE e LANDRENEAU, 2010; KIMMEL; COHEN e WEISBOARD, 2008; NIU e LI, 2005; LIEM et al, 2007)

Possibilita, por vezes, uma QV similar à população em geral (LANDRENEAU, LEE e LANDRENEAU, 2010; KONTODIMOPOULOS, PAPPA e NIAKAS, 2009)

A melhor e mais fisiológica alternativa no tratamento da IRCT (KARMARKAR e NATARAJAN, 2012)

Devolve membros produtivos à sociedade (BARTUCI, 2003)

Apresenta a melhor relação custo-eficácia (DIRETIVA 2010/45/UE)

### PROBLEMA:

A escassez de órgãos constitui um problema a nível mundial, limitando toda a atividade de transplantação renal.

Nos últimos anos verifica-se uma curva decrescente no número de transplantes renais, em consequência da diminuição em cerca de 19% do número de colheitas de órgãos (IPST, 2013).

Qual o contributo da Enfermagem, na inversão desta realidade?

Um único dador cadáver, em somatório quando utilizados todos os órgãos sólidos, devolve aproximadamente 30 anos de vida útil à sociedade, onde o transplante renal dá 7,2 anos, o que significa que anualmente poder-se-iam obter cerca de 250.000 anos de vida útil se o potencial de doação for maximizado a 100% (SCHNITZLER et al, 2005)

### METODOLOGIA:

Estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal realizado num Centro Hospitalar (CH) da Região de Lisboa

Instrumento de colheita de dados: inquérito sob a forma de questionário, aplicado aos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) do CH

### FINALIDADE E OBJETIVO:

Conhecer as necessidades de formação dos enfermeiros das UCI sobre a temática: doação, manutenção e colheita de órgãos no (potencial) dador em morte cerebral  
Perceber se estão os enfermeiros das UCI sensibilizados para a temática da doação e colheita de órgãos para transplante.

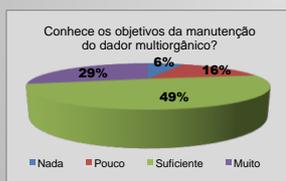
### RESULTADOS:

Amostra é constituída por 110 enfermeiros (n=110). Média de idades é 35,3 anos e a média de anos de experiência profissional é de 12,4.

A evidência estatística é reveladora da existência de lacunas a nível de formação e sensibilização nesta área de cuidados.

De forma global, os participantes do estudo, revelam necessidades de formação, quando se verifica um nível de conhecimento tendencialmente suficiente.

Da mesma forma, nas questões que permitem validar a sensibilização, quantificam-se uma maior percentagem de respostas ao nível de suficiente.



### DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Conhecer a legislação e como usa-la na prática, é parte importante do “trabalho” com o (potencial) dador (FLODÉN et al, 2011)

Enfermeiros consciencializados para a doação de órgãos têm atitudes positivas, e *deficits* de formação e confiança, em questões que envolvam a doação de órgãos, podem reduzir o número de dadores disponíveis e consequentemente o aumento das listas de espera para transplante (COLLINS, 2005).

Para a família, a morte cerebral é difícil de entender, enfermeiros com conhecimento adequado, ajudam na sua clarificação (PEARSON et al; 2001 e INGRAM, BUCKNER e RAYBURN, 2002).

O desconhecimento do conceito de morte cerebral, induz um quadro erróneo e concepções negativas na doação de órgãos (RIOS et al; 2005)

As *guidelines* do National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) recomendam:

(1) A abordagem e discussão com a família sobre a doação de órgãos, é de responsabilidade multidisciplinar ( inclui médico, enfermeiro e especialista em doação)

(2) Os envolvidos deverão ter habilitação e conhecimentos necessários para fornecer suporte emocional adequado e informações precisas sobre a doação de órgãos (NHS, 2011)

### Programas de formação nesta área de cuidados:

- Visam aumentar o *pool* de dadores (LIN et al; 2010), (COLLINS; 2005)
- São medidas positivas na uniformização de procedimentos, diminuição do *gap* entre procura e oferta de órgãos e aumento da competência, experiência e conhecimento dos profissionais com reflexo e alteração de atitudes (MEYER, BJORK e EIDE; 2011)
- Contribuem para a expandir o conhecimento, promover a discussão e partilha, minimizar o stress e trauma e desenvolver políticas (PEARSON et al; 2001)
- Potencializam mudança de comportamentos, nomeadamente na abordagem à família (KIM, FISHER e ELLIOTT; 2006)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:  
BARTUCI, M. (2003). The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
COLLINS, J. (2005). The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
FLODÉN, M. et al. (2011). The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
INGRAM, BUCKNER e RAYBURN, 2002. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
KIM, FISHER e ELLIOTT, 2006. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
LANDRENEAU, LEE e LANDRENEAU, 2010. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
KONTODIMOPOULOS, PAPPA e NIAKAS, 2009. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
KARMARKAR e NATARAJAN, 2012. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
LIEM et al, 2007. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
NIU e LI, 2005. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
PEARSON et al; 2001. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
RRIOS et al; 2005. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.  
SCHNITZLER et al, 2005. The impact of organ donation on the quality of life of the donor. *Journal of Clinical Practice*, 58(12), 1123-1124.