Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Manutenção do potencial dador de órgãos: Intervenção de enfermagem num serviço de urgência

André João Melo Lucas

Coimbra, *junho* de 2017

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Manutenção do potencial dador de órgãos: Intervenção de enfermagem num serviço de urgência

André João Melo Lucas

Orientadora: Mestre Maria do Céu Mestre Carrageta, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, *junho* de 2017

“Há duas formas para viver a vida:

Uma é acreditar que não existe milagre.

A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre”.

Albert Einstein

Agradecimentos

Torna-se fundamental expressar o meu agradecimento e reconhecimento a todas as pessoas que contribuíram para a sua concretização e me ajudaram ao longo deste percurso.

Assim aproveito este espaço para deixar os meus agradecimentos:

À minha Orientadora, Mestre Maria do Céu Carrageta, pela orientação científica, disponibilidade, dedicação e apoio.

Aos enfermeiros que participaram neste estudo, pela contribuição que deram ao mesmo.

Por fim e não menos importante, à minha família e amigos, pela união, ajuda, amizade e cumplicidade.

A todos muito obrigado.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH – Hormona antidiurética

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Bat/min – batimentos por minuto

BO – Bloco Operatório

BUN – Nitrogénio Ureico no Sangue

CDOE - Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros

cf. – Conforme

CHUC – Centro hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. por – Citado por

CNECV – Centro Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CO2 – Dióxido de carbono

CPK- creatinofosfoquinase

CPK-MB – creatinofosfoquinase – banda do miocárdio

CVC - Cateter venoso central

E – Entrevistado

EEG – Eletroencéfalografia

et al. – e outros [autores]

FiO2 – Frações inspiradas de oxigénio

GCCOT – Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação

GCCOT – HUC - Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação dos Hospitais da Universidade de Coimbra

GCCOT Hospital de São José – Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação do Hospital de São José.

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

ICN - *Internacional Coucil of Nurses*

L/min – Litro por minuto

Mg/dl – miligramas por decilitro

ml/Kg/h - mililitro por quilograma por hora

Mm/h – milímetros hora

MmH20 – milímetros de água

MmHg – milímetro de mercúrio

n – número/frequência

NEP - Normas de Execução Permanente

O2 – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PaCO2 – Pressão arterial de dióxido de carbono

PaO2 – Pressão arterial de O2

PH - Potencial hidrogénio

PVC – Pressão Venosa Central

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEEPSC - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

RENDDA - Registo Nacional de Não Dadores

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

T3 -Triiodotironina

T4 - Hormona tiroxina

TGO – transaminase glutâmico-oxalacética

TGP - transaminase glutâmico-pirúvica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCID - Unidade de Internamento de Curta Duração

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Total de dadores de órgãos do CHUC ente 2014, 2015 e 2016 55

Figura 2 – Origem dos dadores viáveis – 2014, 2015 e 2016 56

Figura 3 – Total de dadores perdidos no global e no Serviço de Urgência – 2014, 2015 e 2016..... 57

Figura 4 – Idade dos participantes..... 68

Figura 5 – Habilitações Académicas dos participantes 68

Figura 6 – Anos de experiência profissional e anos de exercício no serviço de urgência..... 69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Incidência aproximada de alterações fisiopatológicas após morte do tronco cerebral.....34

Tabela 2 – Regra dos 100 36

Tabela 3 – Objetivos da manutenção do dador de órgãos.....37

Tabela 4 – Critérios Específicos de doação.....43

Tabela 5 - Critérios específicos de exclusão.....43

RESUMO

A transplantação de órgãos com dadores em morte cerebral assumiu um grande crescimento nos últimos dez anos, cujo sucesso do transplante está diretamente associado à qualidade dos órgãos que, por sua vez, depende da assistência aos potenciais dadores, o que implica a excelência do exercício profissional dos enfermeiros. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar a perceção que os enfermeiros têm da prestação de cuidados de enfermagem, na manutenção do potencial dador de órgãos num serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com uma abordagem qualitativa, cujos dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada, tendo como participantes sete enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúgica do Serviço de Urgência dos CHUC, Polo A de um Hospital Central.

Dos resultados emergiram quatro categorias: i) importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, fazendo parte da mesma quatro subcategorias, vigilância, manutenção da viabilidade dos órgãos, dignidade da pessoa; ii) dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, da qual emergiram quatro subcategorias, designadamente: dotação de enfermagem insuficiente, permanência do potencial dador na sala de emergência, exigência na prestação de cuidados, défice de conhecimento; iii) estratégias propostas para uma eficaz prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, fazendo parte da mesma dez subcategorias: formação em serviço, dotação segura, uniformização de procedimentos, criação de protocolos de atuação, envolvimento dos enfermeiros especialistas, criação de uma unidade cuidados específica, articulação dos vários serviços intervenientes no processo, sensibilização das pessoas para o processo de doação, envolvimento da família, trabalho de equipa e presença física do médico; iv) sugestões para a elaboração de um protocolo, cujos elementos a considerar resultaram em seis subcategorias, critérios de morte cerebral, articulação com outros serviços, monitorização da administração de drogas, família e registos de enfermagem.

Concluiu-se que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúgica desempenha um importante papel no processo de doação de órgãos, com especial destaque para a manutenção do potencial dador de órgãos sendo as responsabilidades deste profissional variadas, embora ainda existiam dificuldades, o que corrobora a viabilidade da elaboração de um protocolo, bem como a necessidade de formação para o desenvolvimento de competências profissionais no processo de doação de órgãos.

Palavras-chave: Potencial dador de órgãos; Enfermagem; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

Organ transplantation with brain death donors has grown dramatically in the last ten years, whose transplant success is directly associated with organ quality, which in turn depends on assisting potential donors, which implies excellence in professional practice Of nurses. In this sense, the present work has as general objective to analyze the nurses' perception of the provision of nursing care, in the maintenance of the donor potential of organs in a multipurpose emergency service of a Hospital Center.

This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, whose data were collected through a semi-structured interview, with participants as seven nurses specialists in Medical-Surgical Nursing of the Urgency Service of CHUC, Polo a of a Central Hospital.

From the results, four categories emerged: i) the importance that nurses attribute to the provision of care to the potential donor organ, forming part of the same four subcategories, vigilance, maintenance of organ viability, dignity of the person; ii) difficulties perceived by nurses in providing care to the potential organ donor, from which emerged four subcategories, namely: insufficient nursing provision, permanence of the potential donor in the emergency room, requirement in care, knowledge deficit; (iii) proposed strategies for effective care of the potential organ donor, forming part of the same ten subcategories: in-service training, safe endowment, standardization of procedures, creation of protocols for action, involvement of specialist nurses, creation of a care unit Specific, articulation of the various services involved in the process, awareness of the donation process, family involvement, teamwork and physical presence of the physician; iv) suggestions for the elaboration of a protocol, whose elements to be considered have resulted in six subcategories, brain death criteria, articulation with other services, monitoring of drug administration, family and nursing records.

It was concluded that the nurse specialist in Medical-surgical Nursing plays an important role in the process of organ donation, and the responsibilities of this professional vary, although there are still difficulties, which corroborates the feasibility of elaborating a protocol, as well as the need Training for the development of professional skills in the organ donation process.

Keywords: Organ donor potential; Nursing; Emergency Service.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 25

1. MANUTENÇÃO DO DADOR MULTIORGÂNICO 27

1.1. MORTE CEREBRAL 27

1.1.1. Critérios de diagnóstico de morte cerebral 28

1.1.2. Alterações Fisiológicas da pessoa em Morte Cerebral 33

1.2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DADOR MULTIORGÂNICO 36

2. TRANSPLANTAÇÃO DE ORGÃOS 41

2.1. TIPOS DE DADORES 42

2.2. QUESTÕES ÉTICAS 44

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS À LUZ DA TEORIA DE MELEIS 47

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO 51

1. METODOLOGIA 53

1.1. PROBLEMÁTICA 54

1.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO 58

1.3. TIPO DE ESTUDO 59

1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA 61

1.6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 63

1.7. ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 64

1.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 65

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 67

2.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES 67

2.2. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS 69

2.2.1. Importância que os enfermeiros atribuem à perceção de cuidadaos ao potencial dador de órgãos 70

2.2.2. Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos 71

2.2.3. Estratégias propostas para uma eficaz prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos 73

2.2.4. Sugestões para a elaboração de um protocolo (elementos a considerar) 77

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 81

CONCLUSÕES 105

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 109

APÊNDICES

Apêndice 1 - Pedido ao Diretor da Unidade de Inovação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Apêndice 2 – Guião da Entrevista

Apêndice 3 – Consentimento Informado

Apêndice 4 – Matriz global

ANEXOS

Anexo 1 – Respostas do Hospital com autorização para a realização do estudo

Anexo 2 - Normas de Execução Permanente

INTRODUÇÃO

A transplantação de órgãos representa uma dos mais ilustres avanços da medicina no século XX, tendo um impacto incontornável na prestação dos cuidados de saúde. O dador em morte cerebral tem sido um marco significativo na transplantação, considerado por alguns autores como o mais importante dador de órgãos (Barradas, 2010).

Neste sentido, a transplantação de órgãos com dadores em morte cerebral teve um significativo crescimento na última década, estando o sucesso do transplante diretamente relacionado com a qualidade dos órgãos, que por sua vez depende da assistência aos potenciais dadores.

A manutenção do potencial dador de órgãos assume, então, um papel fundamental neste processo, em que é necessário agilizar os cuidados de enfermagem de modo a manter as funções vitais do dador. A prolongada presença destes potenciais dadores em serviços de urgência, atendendo à complexidade destes poderá condicionar a prestação de cuidados a estas pessoas. Por conseguinte, é necessária a excelência do exercício profissional em Enfermagem que impõe aos enfermeiros uma procura constante do desenvolvimento de habilidades científicas, técnicas, ético-deontológicas e relacionais para uma assistência às populações de elevada qualidade, o que exige uma atualização e desenvolvimento de competências que se pretende que sejam especializadas.

Ser competente em enfermagem equivale a saber aplicar as capacidades, quando necessário e em circunstâncias adequadas, um “saber integrar”. Assim, para se ser competente é imprescindível saber organizar, selecionar e integrar o que pode ser útil para se executar a atividade profissional. Para Le Boterf (2005), a competência não consiste num estado, mas num processo, uma vez que o profissional competente tem a capacidade de mobilizar e concretizar com eficiência as diferentes funções que fazem parte da sua prática profissional. Independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, Camelo e Angerami (2013) sustentam que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, de forma gradual e temporal, nos contextos de trabalho.

Deste modo, ser um enfermeiro competente tem implícito saber o que fazer em cada situação concreta, um processo que subentende uma compreensão e um juízo acerca da situação e uma intencionalidade da ação. A complexidade do campo de atuação dos enfermeiros requer, assim, o desenvolvimento de competências, baseadas em conhecimentos, habilidades e atitudes, que permitam a atuação na promoção da saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica distingue-se pela sua formação e experiência, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências comuns e específicas, adequadas à assistência à pessoa em situação crítica, que se refere àquela pessoa "cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656).

Partindo-se do postulado que "os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados" (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2011, p.1), é importante que, como preconiza Le Boterf (2005), sendo enfermeiro especialista continue a dar sempre relevância à competência profissional, recorrendo sempre à capacidade de utilizar os conhecimentos e recursos disponíveis, tendo presente que o saber fazer e as aptidões pessoais e profissionais são instrumentos inerentes à construção das competências.

É neste contexto que se desenvolve o presente trabalho, cujo tema consiste na "Manutenção do Potencial Dador de Órgãos: Intervenção de Enfermagem num Serviço de Urgência, uma opção que se justifica pelo facto de se exercer funções num serviço de urgência polivalente, conjugado com a escassez de estudos relativamente ao tema no referido serviço. Esta motivação resultou em investigar as dificuldades dos enfermeiros de um serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos.

Decorrente do exposto, formulou-se a seguinte questão de investigação, fio condutor do estudo empírico: Qual a perceção que os enfermeiros têm da prestação de cuidados de enfermagem, na manutenção do potencial dador de órgãos num serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar?

Tendo por base esta questão, delineou-se como objetivo geral: analisar a perceção que os enfermeiros têm da prestação de cuidados de enfermagem, na manutenção do potencial dador de órgãos num serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar. Mais especificamente, (i) conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à manutenção do potencial dador de órgãos; (ii) identificar as dificuldades

que os enfermeiros têm na prestação de cuidados de enfermagem na manutenção do potencial dador de órgãos; (iii) compreender a articulação existente entre os enfermeiros e outros grupos profissionais na concretização do processo que visa a manutenção do potencial dador de órgãos; (iv) identificar as necessidades de formação dos enfermeiros para a manutenção do potencial dador de órgãos; (v) contribuir para a realização de um protocolo de atuação para a manutenção do potencial dador de órgãos.

A metodologia utilizada no desenvolvimento deste trabalho regeu-se pela pesquisa bibliográfica para fundamentação das bases do conhecimento e pela reflexão constante nas reuniões de orientação.

Para a realização deste trabalho, optou-se por um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, cujo instrumento de recolha de dados é uma entrevista semiestruturada; o mesmo encontra-se estruturado em duas partes, em que a primeira aborda aspetos teóricos para a compreensão do tema e a segunda reporta-se ao estudo empírico. A primeira parte, reservada ao enquadramento teórico, é constituída por três capítulos, onde se aborda a manutenção do dador de órgãos, a transplantação de órgãos e a abordagem à família à luz da teoria das transições de Meleis. Na segunda parte, referente ao estudo empírico, faz-se o enquadramento metodológico inerente a todo o processo de investigação. Segue-se a apresentação e discussão de resultados. Por fim, são apresentadas as principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. MANUTENÇÃO DO DADOR MULTIORGÂNICO

A manutenção da pessoa potencial dador de órgãos é um processo complexo, que requer por parte dos enfermeiros, um pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, deteção precoce e atuação imediata perante principais complicações advindas da morte cerebral, de modo a que todos os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições possíveis. (Guetti & Marques, 2007).

A morte cerebral está diretamente relacionada com o processo de manutenção do potencial dador de órgãos, pois desde o seu diagnóstico até às alterações fisiológicas que provoca, poderão ocorrer situações para as quais os enfermeiros devem estar despertos de modo a que não se comprometa o processo de doação e transplantação (Barros, Amaral & Costa, 2012)

1.1. MORTE CEREBRAL

A morte foi definida ao longo dos tempos como uma perda definitiva das funções respiratórias e cardíaca. Com a evolução da Medicina na segunda metade do século XX, surgiram novas perspetivas de tratamento de doenças, previamente fatais, nomeadamente na capacidade para substituir e/ou suportar artificialmente funções essenciais à vida e substituir órgãos vitais (Carneiro, 2008).

Emergiu, então, a necessidade de definição de um novo conceito, o de morte cerebral, situação em que todas as funções cerebrais estão irreversivelmente comprometidas apesar do coração continuar a bater e da respiração ser assegurada artificialmente (Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral, 1998).

Segundo o Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral (1998), o diagnóstico baseia-se na noção de que a morte do tronco cerebral é componente necessária e suficiente para a confirmação de morte cerebral. Desse modo, pesquisam-se “um a um, todos os reflexos dependentes do tronco cerebral, incluindo aqueles que, embora de execução mais demorada, são conhecidos como sendo os últimos a desaparecer” (p. 595). A

atividade cerebral passou, então, a definir a vida e morte da pessoa, vinculando a morte a diversos critérios neurológicos, evoluindo para o que conhecemos como morte encefálica (Guetti & Marques, 2007).

Relativamente a este domínio, o Centro Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) refere num dos seus pareceres, que o critério de morte definido pela irreversibilidade das funções do tronco cerebral deve ser adotado, pois só as estruturas existentes neste permitem a integração das diferentes funções vitais. A disfunção irreversível do tronco cerebral é uma avaliação mais rápida, fiável e segura, do que a das restantes estruturas do cérebro nomeadamente as talâmicas e corticais (CNECV, 1995).

Lima (2005) considera morte encefálica como um termo mais abrangente do que morte cerebral e defini-o como a interrupção irreversível da atividade do organismo como um todo em termos fisiológicos, controlo da respiração, da temperatura, do equilíbrio hidroelectrolítico, da consciência, regulação endócrina e do comportamento. Ao longo dos anos, este conceito foi modificado graças ao aperfeiçoamento de novas técnicas de suporte avançado de vida e de outras técnicas inovadoras, mas também devido à necessidade da viabilização da doação de órgãos e transplantes.

Porém, o diagnóstico neurológico de morte cerebral não tem como objetivo suprir as necessidades de transplantes, mas sim juntar às já expostas uma nova finalidade: o aproveitamento de órgãos destinados á decomposição de outro modo, com o intuito de dar vida, ou uma vida melhor, a outras pessoas deles necessitados (Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral, 1998).

Cruz (2004) defende que o conceito de morte cerebral não surgiu por mera conveniência para satisfazer a necessidade de órgãos, mas sim como resultado da evolução dos conhecimentos na Medicina. Refere ainda que a integridade do tronco cerebral é fundamental para a maioria das funções orgânicas vitais, sendo que a lesão definitiva e global implica a cessação da atividade cerebral e consequente morte da pessoa.

1.1.1. Critérios de diagnóstico de morte cerebral

O diagnóstico de morte cerebral é um dos processos fundamentais no processo de doação de órgãos. Este processo tem uma contextualização, metodologia e enquadramento legal bem definido na literatura científica, bem com uma base legislativa e normativa própria. Atualmente não existem controvérsias significativas

sobre este tema, quer do ponto de vista científico, religioso ou ético (Barros, Amaral & Costa, 2012).

O diagnóstico de morte cerebral é da responsabilidade do médico, como parceiro da equipa multidisciplinar, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimento científico para colaborar/participar ativamente no processo.

O diagnóstico exige uma avaliação científica e ética que comprove a irreversibilidade das funções do tronco cerebral. Neste âmbito, o CNECV elaborou um parecer 10/CNECV/95, adotando os seguintes critérios:

- Só as funções do tronco cerebral permitem o funcionamento do corpo como um todo;
- A avaliação da irreversibilidade nos utentes inconscientes é rápida e segura;
- O tronco cerebral não pode ser submetido a prótese ou transplantes;
- Os critérios para declarar a morte de dadores são iguais aos não dadores, de modo a manter a consistência e o respeito pelos mortos e familiares.

Segundo o Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral (1998, p. 91) e a Declaração da Ordem dos Médicos (1994) são condições prévias para a definição do diagnóstico de morte a observação e confirmação das seguintes situações:

- Estado de coma profundo;
- Ausência de respiração espontânea, sendo necessário ventilação mecânica;
- Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- Exclusão de situações que possam ser responsabilizadas pela supressão das funções referidas anteriormente, tais como: hipotermia, sendo necessário para o diagnóstico que a temperatura central (esofágica ou retal) seja superior a 35º;
  alterações endócrinas ou metabólicas, devendo as situações de hiponatrémia, hipoglicémia, acidose metabólica, desequilíbrios ácido-base, eletrólitos ou metabólicos ser corrigidas previamente; uso de fármacos depressores do sistema nervoso central – em caso de necessidade e de acordo com a situação correta, é pertinente a verificação de taxas de alcoolémia, o doseamento de níveis séricos e/ou pesquisa de metabólitos de drogas de abuso. A presença de níveis terapêuticos não invalida o diagnóstico de morte cerebral, à exceção de raras situações em que possa existir efeito cumulativo de vários fármacos; uso de fármacos bloqueadores neuro musculares, que em caso de persistência da ação destes, muitos deles com semivida longa, pode estar indicado o recurso a teste de estimulação do nervo periférico e/ou reversão com neostigma; suspeita de intoxicação.

Na mesma Declaração da Ordem dos Médicos (1994), após serem verificados os critérios de morte cerebral, o seu diagnóstico implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo – não reatividade das pupilas à luz, independentemente do seu tamanho;
- Reflexos óculocefálicos – movimentos dos olhos de acordo com a rotação da cabeça (olhar de boneca);
- Reflexos óculovestibulares – ausência de resposta ocular à estimulação dos tímpanos;
- Reflexos córneopalpebrais – ausência do encerramento da pálpebra como resposta à estimulação direta da córnea;
- Reflexo faríngeo – ausência de tosse durante a aspiração traqueal.

Posteriormente será realizada a prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea. Após a confirmação das condições prévias para a definição do diagnóstico de morte cerebral, o Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral (1998, pp. 91-92) descreve a forma de avaliar os critérios de diagnóstico, que passaremos a descrever:

- **Ausência de reflexos dependentes do tronco cerebral**

Reflexos fotomotores

Este reflexo é testado através da observação das pupilas em repouso e após a estimulação repetida com um foco de luz intensa. Na sua ausência, as pupilas devem estar dilatadas e fixas, sem resposta direta ou consensual à luz. Antes da avaliação deste reflexo deve ser excluída a administração de fármacos que interfiram no tamanho e resposta pupilar. A utilização deste tipo de fármacos (por exemplo atropina) impede o diagnóstico até à sua eliminação.

Reflexos óculo cefálicos

O desvio rápido da cabeça do doente para a direita e para a esquerda, esperando três ou quatro segundos, determina um desvio conjugado dos olhos para o lado oposto à da rotação da face. Quando o reflexo está ausente os globos oculares mantêm-se

fixos e os olhos acompanham passivamente o movimento da cabeça. Este reflexo deve ser dispensado em caso de suspeita de traumatismo cervical.

Reflexos óculo vestibulares

Antes da realização desta prova, devem ser verificados os canais auditivos externos do doente, confirmando que se encontram livres, sem cerúmen ou sangue e que não existe rotura timpânica. A existência de perfuração não é impeditiva da realização da prova, no entanto se o tronco cerebral estiver funcionante, existe o risco de o doente fazer hipotensão e bradicardia. Para a pesquisa deste reflexo, a cabeça deve ser posicionada a 30º acima do plano do leito. De seguida, é feita uma instilação de no mínimo 100cc de água bidestilada a 4ºC, em cada canal auditivo externo. A resposta de presença do reflexo a este estímulo é um desvio tónico dos olhos para o lado da estimulação. A ausência deste reflexo é verificada pela inexistência de qualquer movimento ocular, durante cerca de dois minutos, após a estimulação.

A estimulação dos canais auditivos deve ter um intervalo de cerca de quatro minutos, entre o lado esquerdo e o lado direito.

Reflexos córneopalpebrais

Deve ser feita uma estimulação repetida da córnea (não na conjuntiva) sem que as pálpebras sejam forçadas a manter-se abertas pelo examinador. A abolição do reflexo traduz-se pela ausência de qualquer movimento palpebral.

Reflexo faríngeo

É obtido pela estimulação da orofaringe com uma espátula, quando o reflexo está presente ocorre a elevação da musculatura faríngea e a retração da língua. Deve ser complementado com a estimulação traqueobrônquica, procurando o reflexo da tosse, com uma sonda de aspiração cuja extremidade ultrapasse o tubo endotraqueal.

Ausência de respiração espontânea – prova da apneia

A prova da apneia tem como objetivo a confirmação da ausência de movimentos respiratórios espontâneos, face a um estímulo suficiente do centro respiratório, provocado por uma hipercapnia. Considera-se um estímulo adequado, um acréscimo da pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO2) igual ou superior a 10mmHg

durante o período de apneia, a partir de um valor de base de cerca de 40mmHg. No final do período de desconexão ventilatória a PaCO2 deve ser superior ou igual a 50 mmHg nos adultos e superior ou igual a 60 mmHg em idade pediátrica.

A hipoxia é eficazmente prevenida com pré oxigenação e oxigenação por difusão durante a fase de apneia, caso não haja graves defeitos de difusão. Para a realização desta prova é indispensável a medição laboratorial de gases no Sangue, monitorização de pressão arterial e eletrocardiograma. É também aconselhável dispor de oximetria de pulso e cateterização arterial.

A prova de apneia deve ser efetuada respeitando os seguintes procedimentos:

- Pré oxigenar o doente ventilando com uma FiO2 a 100% durante aproximadamente dez minutos;
- Ajustar a ventilação minuto por forma obter uma PaCO2 basal no 40 mmHg (este valor pode variar mais ou menos 5 mmHg);
- Colher a primeira amostra de sangue arterial para gasometria;
- Desconectar o ventilador e introduzir uma sonda de oxigénio no tubo endotraqueal, a um débito de 6 litros /minuto;
- Vigiar a ocorrência de movimentos sugestivos de esforço respiratório durante dez minutos;
- Manter a vigilância dos parâmetros vitais e saturação de O2, tendo em conta que qualquer desvio crítico na evolução dos parâmetros vitais implica a interrupção imediata da prova, não impedindo, todavia, a colheita de segunda amostra de sangue arterial;
- Colher a segunda amostra de sangue arterial para gasometria - a prova de dez minutos é geralmente suficiente para condicionar a subida da PaCO2 para o nível exigido para validação do teste.

A prova da apneia é positiva desde que cumpridos os pressupostos técnicos, não sejam observados movimentos respiratórios, tosse ou movimentos diafragmáticos. Quando o tempo de apneia tenha sido encurtado por necessidade da sua suspensão antes dos dez minutos, esta mantém-se válida desde que se verifique que a PaCO2 atingiu um valor compatível com a positividade da mesma.

Pereira (2004) considera que o teste da prova da apneia deve ser o último a ser efetuado, na medida em que os valores elevados de PaCO2 podem aumentar a pressão intracraniana, comprometendo a função cerebral, se esta ainda estiver presente.

A verificação de morte cerebral exige a realização de no mínimo dois conjuntos de provas com o intervalo adequado á situação clínica da pessoa e à sua idade (mínimo de duas horas em situações evidentes e vinte quatro horas ou mais, em situações como anóxia cerebral em contexto de paragem cardiorrespiratória); realização de exames complementares de diagnóstico em qualquer situação que constitua dúvida para os peritos; execução e registo em formulário próprio da instituição, das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (Neurologia, Neurocirurgia e/ou com experiência em Cuidados Intensivos), em que nenhum dos dois possa pertencer às equipas envolvidas no transplante de órgãos e tecidos e pelo menos um não pertença à unidade onde o doente se encontre internado (Diário da República, nº 235, 1994).

A existência de resposta em um ou mais testes afasta a hipótese de diagnóstico e é motivo para não prosseguir com a verificação das mesmas. Poderá então ser ponderada a realização de exames complementares de diagnóstico. Devem ser efetuados em situações em que seja impossível a realização de algum passo das provas de morte cerebral, como por exemplo testar algum reflexo do tronco em doentes com traumatismo facial e/ou cervical, situações em que persista a dúvida para os peritos ou para diminuir o tempo entre as observações. Os exames possíveis de realizar são a Angiografia Cerebral, Eletroencefalografia (EEG) e o doppler transcraniano. A angiografia cerebral é o exame mais fidedigno, pois é o mais demonstrativo de ausência de perfusão cerebral (Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral, 1998).

O doppler transcraniano e a cintigrafia cerebral são teoricamente fidedignos em situações de hipotermia e persistência em circulação de drogas sedativas (Pita & Carmona, 2004)

O diagnóstico de morte cerebral feito com meios complementares de diagnóstico favorece o transplante de órgãos pois permite que alguém considerado morto como pessoa permaneça com atividade biológica e os órgãos mantidos em condições favoráveis e satisfatórias para serem transplantados (Aguiar, 2006).

1.1.2. Alterações Fisiológicas da pessoa em Morte Cerebral

A morte cerebral pode rapidamente produzir alterações prejudiciais aos potenciais dadores de órgãos, traduzindo-se numa instabilidade hemodinâmica, metabólica e eletrolítica (Rech & Filho, 2007).

Confirmado o diagnóstico de morte cerebral, o organismo perde a respiração espontânea, o controlo vasomotor, cardíaco, temperatura, equilíbrio hidroelectrolítico e

regulação autónoma, ocorrendo uma disfunção endócrina (Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação, GCCOT Hospital. do São José, 2006)

Após a morte cerebral, são várias as alterações que ocorrem, podendo comprometer a função de órgãos potencialmente transplantáveis. A incidência das alterações patofisiológicas mais frequentes decorrentes da morte cerebral encontra-se expressas na Tabela 1.

Tabela 1 - Incidência aproximada de alterações fisiopatológicas após morte do tronco cerebral

Alterações Fisiopatológicas	**%**
Hipotensão	80
Diabetes insípida	65
Coagulação Intravascular disseminada	30
Arritmias cardíacas	30
Edema pulmonar	20
Acidose	10

Fonte: *Intensive Care Society* (2005)

Numa fase inicial, ocorre uma descarga simpática massiva, como resultado da isquemia cerebral, expondo os órgãos a extrema estimulação simpática provocando o aumento transitório das catecolaminas (sobretudo noradrenalina e adrenalina). Ocorre uma vasoconstrição periférica, aumentando a frequência cardíaca, débito cardíaco, resistência vascular sistémica e ocorre uma profunda crise hipertensiva, como tentativa de resposta adaptativa de forma a manter a pressão de perfusão cerebral. Os órgãos durante este período, sofrem uma isquemia acentuada, afetando sobretudo a Oxigenação do miocárdio (Shah & Bhosale, 2006).

Esta fase é seguida por uma drástica redução da descarga simpática, com perda do tónus autotónico, originando uma vasodilatação, depressão do miocárdio e hipotensão. Ocorre concomitantemente uma isquemia do hipotálamo e hipófise, originando alterações no controlo da temperatura e disfunções endócrinas. Nesta fase deverá ser implantado suporte circulatório, respiração artificial e as sequelas da morte cerebral devem ser antecipadas e corrigidas (Restrepo & Castell, 2007). A hipovolémia, por poliúria secundária à diurese osmótica multifatorial e à diabetes insípida pode agravar a hipotensão arterial e originar hipoperfusão dos órgãos (*Intensive Care Society*, 2005).

Como consequência da morte cerebral, poderão ocorrer diversas alterações cardíacas, com deterioramento progressivo da sua função, quer por insuficiência hormonal, quer pelo aumento do metabolismo anaeróbio, que conduz a acidose metabólica devido ao aumento dos níveis de lactato (Restrepo & Castell, 2007).

Alterações Endócrinas

A falência da hipófise anterior e posterior provoca uma redução significativa nos níveis circulantes da hormona triiodotironina (T3) e hormona tiroxina (T4). Este facto poderá contribuir não só para a deterioração cardiovascular como também para a redução na produção da hormona antidiurética (ADH), causando diabetes insípida. Esta é caracterizada por uma diurese aumentada, hipovolémia, hiperosmolaridade plasmática e hipernatrémia (*Intensive Care Society*, 2005).

A secreção de insulina encontra-se, também, reduzida, o que contribui para o desenvolvimento de hiperglicemias que irão aumentar a osmolaridade extracelular, acidose metabólica, diurese osmótica, hipovolémia e instabilidade cardiovascular (*Intensive Care Society*, 2005; Restrepo & Castell, 2007).

Alterações Pulmonares

As alterações pulmonares são comuns nos potenciais dadores de órgãos, podendo ser causadas por pneumonia, aspiração de conteúdo gástrico, edema pulmonar neurogénico ou traumatismo pulmonar (*Intensive Care Society*, 2005)

A libertação de catecolaminas na fase inicial já descrita e o aumento da permeabilidade vascular podem criar condições desfavoráveis às trocas gasosas, comprometendo assim a ventilação do potencial dador (Rech & Filho, 2007).

Alterações da Coagulação

As disfunções hemostáticas podem ocorrer secundariamente à libertação de tromboplastina tecidular (ativação da cascata da coagulação). É comum o desenvolvimento de coagulação intravascular disseminada, aumentando a sua incidência com o prolongar do tempo de morte cerebral (*Intensive Care Society*, 2005). Para esta coagulopatia contribuem também a trombocitopenia de diluição, acidose e hipotermia (GCCOT Hospital S. José, 2006)

Alterações do controlo da Temperatura

A isquemia do hipotálamo após a morte cerebral cria um compromisso na regulação da temperatura. Surge habitualmente uma diminuição da temperatura associada não só ao défice de produção de calor, devido à diminuição da taxa metabólica e perda da atividade muscular, mas também ao aumento da perda de calor causada pela

vasodilatação periférica (*Intensive Care Society*, 2005). A hipotermia no dador de órgãos pode conduzir à bradicardia progressiva, depressão do miocárdio (diminuição do débito cardíaco e pressão de perfusão), arritmias resistentes à terapêutica, hiperglicemia (diminuição da produção de insulina), alterações da coagulação, hipoxia, entre outros (GCCOT Hospital São José, 2006).

1.2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DADOR MULTIORGÂNICO

A complexidade dos desafios que se colocam ao enfermeiro quer no âmbito dos cuidados ao dador quer à família, exige profundas competências e conhecimentos, nomeadamente sobre: o diagnóstico de morte cerebral; as alterações fisiopatológicas da morte; os cuidados de manutenção do dador; o processo de doação de órgãos, transplantação e questões éticas; competências de comunicação e suporte à família (Barros, Amaral & Costa, 2012; Caple & Clasull, 2014).

A estabilidade hemodinâmica da pessoa potencial dadora de órgãos constitui um dos principais focos de atenção dos enfermeiros, com vista à obtenção de órgãos viáveis (Barros, Amaral & Costa, 2012). Deste modo, de acordo com o GCCOT – Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC, 2006), é necessário atuar a vários níveis para manter uma boa pressão de perfusão orgânica, que pode ser sintetizada pela chamada "Regra dos 100". Segundo esta regra, os objetivos terapêuticos pretendem atingir os parâmetros fisiológicos mencionados na Tabela 2.

Tabela 2 – Regra dos 100

Pressão Arterial Sistólica	100 mmHg
Diurese Horária	100 mm/h
PVC	10,0 mmH2O
PaO2	100 mmHg
Hemoglobina	10,0 mg/dl
Glicémia	100 mg/dl

Fonte: Adaptado de GCCOT – HUC (2006)

Sendo a estabilidade hemodinâmica com uma oxigenação adequada e correção de problemas frequentes que possam surgir (hipotermia, diabetes insípida, e alterações eletrolíticas) os objetivos primordiais na manutenção da pessoa potencial dadora de órgãos em morte cerebral, preconiza-se uma adequada monitorização do potencial dador de órgãos. Essa monitorização será contínua em relação à frequência cardíaca

e pressão arterial invasiva; de acordo com a estabilidade hemodinâmica do doente, será avaliado PVC, diurese, gasometria arterial, oximetria, temperatura e pressão capilar pulmonar (González & Carrillo, 2008). Os mesmos autores definem os seguintes objetivos da manutenção do dador de órgãos, apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Objetivos da manutenção do dador de órgãos

Frequência cardíaca ≤ 100 bat/min
Tensão Arterial Sistólica ≥ 100 mmHg
Pressão Venosa Central: 10-12 cm de H2O
Pressão Capilar Pulmonar: 8-14 mmHg
Diurese > 1 ml/kg/h nos adultos
Temperatura > 35º centígrados
Gasimetria arterial: PH: 7,33-7,45; PaO2 ≥ 100 mmHg; PaCO2: 35-45 mmHg
Hematócrito ≥ 30
Colocar sonda naso/orogástrica
Colocar sonda vesical
Retirar cateteres venosos periféricos anteriores à entrada na UCI no caso de traumatizados
Profilaxia de úlceras de pressão, da pele, conjuntivas e cavidade oral
Aspirar a via aérea de forma a prevenir atelectasias
Manter o tubo traqueal bem posicionado para evitar danos em áreas suscetíveis de anastomoses no recetor.

Fonte: Adaptado de González & Carrillo (2008)

Os enfermeiros são responsáveis pela avaliação e controle de todos os parâmetros hemodinâmicos do potencial dador. Para tal, é necessário que o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à pessoa potencial dador, conhecimentos específicos das repercussões fisiopatológicas inerentes à morte cerebral, monitorização hemodinâmica da reposição de volémia e administração de drogas vasoativas, e de repercussões hemodinâmicas advindas (Guetti & Marques, 2007).

Assim, as principais medidas de avaliação e intervenção de enfermagem dirigidas à pessoa potencial dadora de órgão são: (Caple & Clasull, 2014; Guetti & Marques, 2007; Gonçalves & Alcobia, 2008):

- Manutenção da oxigenação e ventilação, vigiando e avaliando parâmetros ventilatórios constantemente, de modo a que a saturação de oxigénio (SaO2) se mantenha nos 100%;
- Aspiração de secreções, respeitando os princípios de assepsia, sempre que necessário;

- Monitorização e avaliação de parâmetros vitais e hemodinâmicos com intervalos regulares, adequados à situação clínica do doente;
- Monitorização eletrocardiográfica, sendo indispensável na deteção e diagnóstico precoce de arritmias cardíacas;
- Avaliação da glicémia capilar em intervalos regulares;
- Monitorização e contínua da pressão arterial através de cateter arterial, e sua manutenção. As colheitas de sangue para gasometria poderão ser colhidas neste cateter;
- Monitorização da pressão venosa central (PVC), indispensável na reposição de volémia;
- Manutenção do cateter venoso central (CVC), onde serão administradas todas as drogas vasoativas e restante medicação;
- Colocação e manutenção de acessos venosos periféricos de grande calibre, que serão utilizados para a reposição de volémia mantendo a PVC em níveis ideias; Controle e manutenção da temperatura corporal, desejavelmente acima dos 35ºC, podendo ser utlizado cobertores térmicos e soluções endovenosas aquecidas;
- Colocação e manutenção de sonda naso/orogástrica para descompressão gástrica prevenindo vómito;
- Colocação e manutenção de cateter vesical para monitorização horaria do débito urinário;
- Vigilância de presença de hemorragias, que poderão indicar alterações na coagulação;
- Manter a humidade das mucosas;
- Humidificar as córneas e aplicar pomada oftálmica para proteção;
- Manutenção das medidas de assepsia, evitando a exposição do dador a infeções nosocomiais;
- Mudanças de decúbito em intervalos regulares, por ser indispensável na prevenção de úlceras de pressão e atelectasias. As restrições destes cuidados aplicam-se a situações de instabilidade hemodinâmica do dador e politraumatizados. Os cuidados à pele devem ser reforçados;
- Efetuar e registar a colheita de dados. Esta deve fornecer dados relativos ao doente como sejam a identificação, hábitos de vida, patologias anteriores, medicação anterior, situação presente, a causa de morte, contacto do familiar de referência;
- Elaborar registos.

A manutenção do respeito e dignidade da pessoa mesmo após a sua morte é de extrema importância, bem como a inclusão da família no processo, para a qual o

enfermeiro deve estar apto a acompanhar e apoiar nos momentos de crise. O facto de a família ver a equipa cuidadora manter os cuidados e respeito após a morte do seu familiar, origina um maior conforto aos familiares (*Intensive Care Society*, 2005).

O autor acima citado realça o reconhecimento do trabalho da equipa de enfermagem no cuidado ao potencial dador de órgãos, mas também no apoio à sua família. Considera que estes cuidados são de extrema complexidade e emocionalmente exigentes e stressantes, podendo existir a necessidade de suporte psicológico para os familiares ou pessoa/s significativas e em algumas situações para os cuidadores.

Porém, existem algumas barreiras que podem dificultar este suporte aos familiares, como um défice de informação relativamente ao processo de doação de órgãos e à situação de morte cerebral (Caple & Schub, 2014).

Santos e Massarolo (2005) sugerem que nunca se deve abordar a temática da morte cerebral conjuntamente com a doação de órgãos. Após a explicação da situação de morte cerebral, deve ser dado tempo à família para interiorizar esta questão. Nestas situações é necessário transmitir noções básicas de morte cerebral, de forma claro e conciso aos familiares, respeitando sempre as suas crenças, religião e tradições familiares, tendo de adaptar o discurso ao nível social e cultural da família, sempre em ambientes com o máximo de privacidade possível (Caple & Schub, 2014).

Durante todo este processo deve ser proporcionado apoio emocional, pois inicia-se um processo de luto e será necessário apoio especializado. É importante analisar comportamentos, sentimentos e emoções, que deveriam ser considerados, se possível, antes de ser dada qualquer notícia, no sentido da perceção sobre o estado emocional da família e da identificação da interferência que esse estado pode acarretar para a compreensão de toda esta situação. Deve ser tido em conta que cada caso é um caso, e que a situação afetiva que a família atravessa poderá variar consoante o quadro do dador, se é um dador jovem, se é uma situação esperada, se foi morte súbita (Santos & Massarollo, 2005).

Os mesmos autores referem que o facto de as famílias tomarem conhecimento da situação de doação, poderá desencadear um fator de apoio e alívio, num momento em que o “dar” se confunde e transforma na continuidade de vida do ente querido, podendo confortar e trazer alguma satisfação aos familiares nesta situação de extremo sofrimento.

2. TRANSPLANTAÇÃO DE ORGÃOS

Em Portugal os transplantes de órgãos começaram na década de 70, no dia 20 de julho de 1969, em Coimbra, onde foi efetuado o primeiro transplante renal pelo Médico Linhares Furtado. Tal como era prática noutros países, este foi realizado a partir de dador vivo e com relação genética com o recetor. Teve êxito imediato, mas pouco tempo depois o doente acabou por perder o enxerto. Cerca de dois meses depois uma equipa liderada pelo Cirurgião Viana Barreto realizou dois transplantes renais de dadores vivos, que igualmente ao anterior não tiveram êxito (Pereira, 2004). Um ano antes da ocorrência deste marco histórico em Portugal, a escola da Universidade de Harvard definiu os critérios para a determinação de morte cerebral, o que paralelamente ao desenvolvimento das técnicas de cuidados intensivos, abriu a possibilidade da realização de transplantação a partir de órgãos colhidos em cadáver (Veiga, 2002).

De acordo com o mesmo autor, vários países europeus integraram no seu ordenamento jurídico critérios de morte cerebral. No entanto, devido aos problemas éticos que o conceito acarretou Portugal só legisla sobre este domínio em 1993. Estas iniciativas não tiveram continuidade devido à inexistência de laboratórios de histocompatibilidade, e de legislação que regulamentasse as colheitas de órgãos. Em 1976 reuniram-se as condições necessárias para o início da transplantação de órgãos, regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 553/76, considerada uma das leis mais avançadas na Europa e já dispunha de três centros de histocompatibilidade, em Lisboa, Porto e Coimbra (Mota, 1996; Veiga, 2002).

A inexistência de terapêutica imunossupressora, eficaz para o tratamento dos episódios de rejeição aguda, foi um dos aspetos que contribuiu para que os dadores e os recetores tivessem necessariamente uma relação genética. A descoberta do Sistema Antigénio Leucocitário Humano e o desenvolvimento dos imunossupressores, em particular da ciclosporina em 1981, permitiram dominar os fenómenos de rejeição (Veiga, 2002).

A 30 de junho de 1980 reiniciaram-se as transplantações renais em Portugal, nos HUC, por uma equipa liderada pelo Médico Linhares Furtado, realizando a primeira

colheita de rins de um cadáver. Transplantaram um rim e enviaram o outro para Lisboa, onde o Médico João Pena acabou por o transplantar (Mota, 1996).

Segundo Gamito (2008), nos anos 80 e 90 houve avanços na transplantação de outros órgãos, como pulmões, fígado e coração, sendo realizado o primeiro transplante cardíaco no Hospital de Santa Cruz a 18 de fevereiro de 1986, pelo Médico Queiroz e Melo.

Segundo o mesmo autor, em 1988 realizaram-se as primeiras transplantações hepáticas que, pelos Médicos Linhares Furtado em Coimbra e João Pena em Lisboa, sem sequência, tendo sido retomadas co carater rotineiro em setembro de 1992, pela equipa do Médico Rodrigues Pena, considerado pelo autor como o primeiro transplante de fígado.

Em 1993 realizou-se o primeiro transplante de pâncreas em Coimbra, pelo Médico Linhares Furtado e em 2001 foi realizado o primeiro transplante isolado do pulmão pela equipa do Médico José Roquette, no Hospital de Santa Maria em Lisboa (Mota, 1996; Araújo, 2008).

Atualmente em Portugal são efetuados transplantes de coração, pulmão, fígado, medula óssea, rim, pâncreas, válvulas cardíacas, vasos, células reprodutoras, ossos e ligamentos. As unidades de transplantação situam-se no Porto, Coimbra e Lisboa (GCCOT-HUC, 2006).

Os avanços científicos, farmacológicos, tecnológicos, organizacionais, administrativos e a legislação em vigor têm colaborado para o aumento expressivo do número de colheitas e transplantes e para o seu sucesso (Veiga, 2002).

2.1. TIPOS DE DADORES

Existem dois tipos de dadores de órgãos: os dadores vivos e os dadores cadáveres. A maioria dos órgãos e tecidos utilizados nos transplantes provém de dadores cadáveres que sofreram morte cerebral ou morte por paragem cardíaca. (Decreto-Lei nº 36, 2013)

Legalmente, consideram-se dadores cadáveres todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado a sua vontade de serem não dadores junto do Ministério Público (Decreto-Lei n.º 36, 2013), passando a pertencer ao Registo Nacional de Não Dadores (RENDDA).

As patologias que mais frequentemente conduzem a uma situação de morte cerebral são as que apresentam uma lesão cerebral severa, como patologias neurológicas, neurocirúrgicas e encefalopatias anóxicas (González, 2008).

O mesmo autor evidencia os critérios específicos de doação e critérios de exclusão que estão descritos na Tabela 4 e 5.

Tabela 4 – Critérios Específicos de doação

Órgão	**Critérios**
Rins	<75 Anos de idade (relativo); Sem história de patologia renal Perfusão e diurese adequada
Fígado	Sem história de alcoolismo. Qualquer idade; teste de função hepática normal
Coração	<50 Anos; Eletrocardiograma e Rx tórax normal; Não infusão de inotrópicos em doses altas
Pulmões	<50 Anos; Não fumador; Ausência de traumatismos ou doenças crónicas; Ausência de cirurgia torácica prévia ao pulmão; Sem aspiração; sem ventilação mecânica prolongada; PO2> 70 mmHg com FiO2 <0,4
Pâncreas	<55 Anos. Não diabético e sem antecedentes familiares. Sem história de alcoolismo; Amílase normal

Fonte: Adaptado de González (2008).

Tabela 5 - Critérios específicos de exclusão

Órgão	**Critérios Clínicos**	**Dados Complementares**
Coração	Cardiomiopatia; Doença valvular; Estenose aórtica; Doença Congénita; Hipertensão arterial crónica severa	Eletrocardiograma, Ecografia, Cateterismo anormais; CPK-MB > CPK x 0,1; Hipoxia prolongada
Pulmões	Edema pulmonar; massagem cardíaca aberta	Rx tórax anormal; Cultura de expetoração positiva; PO2<60 mmHg com FiO2>0,4
Fígado	História de hepatopatia; exposição a tóxicos hepáticos	Hipoxémia prolongada; Protrombina, Trombina, TGO, TGP elevadas
Pâncreas	Diabetes mellitus; Pancreatite	Amílase muito elevada
Intestino Delgado	Lesão abdominal penetrante	
Rins	Pielonefrite; História de doença renal; Diurese < 0,3 ml/Kg/h > 4h Piúria	Piúria; Bacteriúria; BUN e creatinina aumentadas

Fonte: Adaptado de González (2008).

Relativamente aos tecidos, todos os cadáveres que faleceram no hospital e num período inferior a seis horas desde a sua morte, pode ser considerado dador de tecidos, especificamente córnea e ossos, desde que não se encontrem inscritos no RENNDA (Decreto-Lei nº 36, 2013).

2.2. QUESTÕES ÉTICAS

No dia 26 de novembro de 1994 foi publicado em Diário da República a legislação referente à organização e funcionamento do RENNDA, o que permite aos cidadãos Portugueses optar por não doar os seus órgãos ou tecidos de forma consciente, livre e informada (Decreto-Lei nº 244, 1994).

Segundo a mesma lei, a inscrição no RENNDA é válida após quatro dias após a receção dos documentos no Centro de Saúde, que organiza e atualiza informaticamente os ficheiros de todos os cidadãos que queiram informar a sua indisponibilidade para a colheita de órgãos. Nestes ficheiros devem constar os dados pessoais (nome, morada, naturalidade, nacionalidade, sexo, data de nascimento, número e data de bilhete de identidade ou cédula pessoal e ainda os órgãos e tecidos que são objeto de não doação), que são guardados de forma confidencial. A consulta destes dados é autorizada aos Centros de Histocompatibilidade, aos Gabinetes de Coordenação de órgãos e transplantação e aos Institutos de Medicina Legal, entidades essas que os verificam para averiguação de oposição à dádiva de órgãos e tecidos. Antes do início do processo de colheita para todos os cidadãos que se inscrevam no RENNDA é emitido um cartão individual de não dador, segundo modelo adotado pelo Ministério da Saúde. Neste cartão constam os dados de identificação pessoal e a indicação das restrições da indisponibilidade de doação de tecidos e órgãos. O cartão é emitido cerca de trinta dias após a receção da inscrição no RENNDA.

A vertente ética relacionada com a transplantação de órgãos, levanta questões relativamente à experimentação no corpo humano, o que leva à necessidade de conhecimentos gerais sobre o direito à saúde, tendo em conta os direitos humanos. Assim sendo, o Centro Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) emitiu um parecer em junho de 1999, em que o conceito de dignidade humana é o reconhecimento de um valor e principio moral baseado na finalidade do ser humano (CNECV, 1995).

Segundo o mesmo parecer, este enumerou vários princípios relativamente ao conceito de dignidade humana, que se estruturam à volta de quatro pilares essenciais:

- A dignidade da pessoa humana;
- A participação de cada pessoa, nas decisões que lhe dizem respeito;
- A equidade e não discriminação;
- A solidariedade entre membros de uma sociedade.

Também a legislação portuguesa prevê a defesa dos direitos dos indivíduos em relação a estes princípios através da Lei nº 22 publicada no Diário da República, de 29 de junho de 2007. Nesta lei são legislados os direitos:

- Confidencialidade
- Gratuitidade do transplante
- Rastreio dos órgãos a transplantar
- Consentimento informado do dador e do recetor
- Assistência e indemnização.

Importa salientar, como refere Freire (2014), que os cuidados ao potencial dador devem ser realizados com infraestruturas apropriadas, recursos humanos especializados, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia, envolvendo também os familiares. Este é um processo complexo principalmente devido à gravidade da situação com consequências nefastas para a família, onde entra *a posteriori* a questão da doação de órgãos. Trata-se de transições que ocorrem muitas vezes de forma súbita e inesperada para as quais importa que o enfermeiro esteja preparado e desperto para a necessidade do apoio ao outro. Como defende Meleis (2011), o enfermeiro ajuda a pessoa a vivenciar o processo de transição da melhor forma possível, como se expõe seguidamente.

.

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS À LUZ DA TEORIA DE MELEIS

De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, a enfermagem assume-se como um processo e relaciona-se com as experiências humanas de transição, onde a saúde e o bem-estar se constituem como resultados da intervenção. Nas transições, os enfermeiros desempenham um papel ativo, dado que são estes os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com as pessoas no seu processo de transição de saúde/doença ou vice-versa. Deste modo, os enfermeiros são um forte suporte, o que tem subjacente uma visão holística da pessoa (Meleis, 2011).

Meleis (2011) sustenta que a transição aponta para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas capacidades socioculturais e na forma de gerir as respostas humanas. Deste modo, a transição implica que a pessoa seja capaz de interiorizar novos conhecimentos, que servem de substrato para a alteração do comportamento e, concludentemente, modificar a definição de si no contexto social. Este modelo analisa os vários tipos de transição, circunstâncias e efeitos previstos da intervenção profissional, partindo do pressuposto que esta pode impulsionar ou obstar alterações no estado de saúde (Davies, 2005).

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

Segundo Meleis (2005), o centro da prática de enfermagem é a pessoa. Como tal, define o “cliente” de enfermagem como um ser humano em interação constante com o ambiente que o rodeia, onde se operam transições ecológicas constantes. A transição compreende os processos de mudança que implicam a necessidade de ajustamento e/ou adaptação. A pessoa ao experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar novas situações poderá apresentar desajustamentos. Por conseguinte, e tendo em conta o

tema em estudo, cabe ao enfermeiro levar os familiares dos potenciais dadores de órgãos a ajustar-se ou adaptar-se à nova situação ou estado. Sendo a situação de doença e a ida ao Serviço de Urgência, tantas vezes um acontecimento inesperado que não possibilita a adaptação da família experienciar sentimentos de perda de controlo, medo, ansiedade, raiva, negação, tristeza, entre outros. Tem subjacente uma transformação das relações, de papéis, requerendo a recuperação do bem-estar em saúde, como refere Meleis (2011).

As intervenções de enfermagem constituem o suporte de todo o processo de enfermagem, incluindo atividades que se encontrem num *continuum*, dependendo das capacidades e competências da família do potencial dador de órgãos (Meleis, 2011). As ações de enfermagem têm por objetivo capacitar melhor as pessoas para o meio e poder agir sobre elas. A mesma autora refere que o enfermeiro no processo de pesquisa, de recurso a experiências anteriores, na procura de soluções, associada à prática diária e à sua adaptabilidade a cada estádio de desenvolvimento, favorece a maturidade, o consciente na procura de maior equilíbrio e estabilidade do outro, promove o processo de desenvolvimento transacional.

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais à pessoa/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os prepararem para lidarem de forma otimizada com essas transições por meio da aprendizagem e da aquisição de novas competências. Neste contexto de cuidados, o domínio da enfermagem tem implícitos os conceitos de transição, interação e intervenções terapêuticas.

Meleis e Trangenstein (1994) consideram que o papel mais relevante do enfermeiro é o de assistir utentes e familiares em processos de transição. Assim, a enfermagem tem como objetivo central facilitar os processos de transição, no sentido de se alcançar um estado de bem-estar. Neste sentido, os enfermeiros preparam a pessoa para a vivência das transições e "são quem facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença" (Meleis , Sawyer, Messias & Shumacher, 2000, p.13). Neste sentido, os enfermeiros têm de prestar cuidados aos familiares de potenciais dadores de órgãos, uma vez que experienciam transições, de forma a anteciparem as transições ou mesmo completando o ato de transição.

Assim sendo, os enfermeiros assumem o papel de operacionalizar a teoria de médio alcance de Meleis à vivência de uma transição. A teoria de médio alcance de Meleis

consiste numa teoria que redunda da análise de estudos de caso e, como tal, acessível aos enfermeiros. Esta teoria possibilita uma visão mais congruente e integradora à própria pessoa e uma antecipação do diagnóstico, sendo imprescindível um enfoque mais sensato e sistemático (Meleis, 2005).

Importa também referir que a transição encerra em si uma mudança, todavia o contrário não se verifica. Neste sentido, Davies (2005) refere que, opostamente à mudança, as transições são processos que se sucedem progressivamente, congregando as dimensões de fluxo e de movimento ao longo do tempo.

Na opinião de Meleis, Sawyer, Messias e Shumacher (2000), para se apreender a propriedade de mudança intrínseca à transição, é basilar entender-se os significados que a pessoa lhe outorga, que podem ser adquiridos por meio da explicitação de determinadas dimensões, designadamente: a natureza, a temporalidade, a perceção da importância ou severidade, expectativas pessoais, familiares e sociais. Desta feita, as transições podem assumir várias naturezas, como: desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. A grande parte das transições está relacionada a acontecimentos importantes na vida das pessoas, os quais, *grosso modo*, se associam à consciencialização das mutações e diversidades ou, por outro lado, a um maior nível de adaptação da pessoa para lidar com a experiência da transição que está a vivenciar, no caso concreto prestar apoio emocional à família e envolvê-la o mais precocemente possível neste processo de instabilidade e devido à possibilidade da doação de órgãos por parte do seu familiar.

No que respeita à família/pessoa significativa do potencial dador de órgãos, o enfermeiro tem um papel fundamental no acompanhamento, objetivando a adaptação e a definição de estratégias, sendo um importante recurso mobilizador, facilitador e estimulador, de forma a ajudá-los a vivenciar o processo de transição da melhor forma possível e recuperar o nível ótimo de bem-estar.

Foi com base nestes referenciais teóricos que foram pensadas as etapas metodológicas que apresentaremos de seguida no estudo empírico.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

O investigador, na fase metodológica, além de determinar o método que utilizará para obter respostas face às questões inicialmente colocadas, necessita de escolher um desenho que o guie na descrição e examinação do fenómeno (Fortin, 2009).

A investigação é uma tentativa sistemática de atribuição de respostas a questões. As respostas podem adquirir um carácter quer abstrato e geral, quer concreto e específico. Neste sentido, o investigador realiza as suas descobertas acerca dos factos, através da interpretação dos dados que no processo de investigação vai recolhendo e tratando (Fortin, 2009).

Nesta fase serão definidos aspetos como o problema e questões de investigação, o desenho do estudo, a estratégia de investigação, os participantes, o instrumento a utilizar, bem como as técnicas para recolha e análise de dados.

A metodologia aplicada para a elaboração desta dissertação assenta num paradigma qualitativo.

Este capítulo contém as opções metodológicas que regem esta investigação. Após ter sido feito o quadro concetual, que contextualiza o estudo empírico, passa-se à fundamentação, em função dos objetivos delineados e à descrição das opções seguidas na investigação a realizar.

O desenho de investigação é um conjunto de diretrizes associadas ao tipo de estudo escolhido, que entre outras, descrevem a forma da colheita e análise de dados, de forma assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo. Surge na fase metodológica como o plano que visa organizar um conjunto de atividades. Estas permitem ao investigador a realização do seu projeto de modo a responder à problemática da investigação (Fortin, 2009).

Pais-Ribeiro (2008) considera-o como o das partes mais distintas de qualquer estudo. Além de nos permitir responder à questão de investigação inicialmente colocada, permite-nos recolher a informação necessária, de um modo apropriado, identificando e enaltecendo os aspetos mais importantes da investigação.

O investigador, na fase metodológica, além de determinar o método que utilizará para obter respostas face às questões inicialmente colocadas, necessita de escolher um desenho que o guie na descrição e examinação do fenómeno (Fortin, 2009).

O comprometimento de toda a investigação fica comprometido caso o desenho e método de investigação sejam inadequados, por muito meritório que seja o projeto, por muito honesto que seja o investigador e por muito que as intenções sejam as melhores (Pais-Ribeiro, 2009).

A definição de um modelo conceptual assume-se, no âmbito de um estudo empírico, como elemento de importância *major* delineado de modo a estabelecer as orientações para a determinação e concretização de uma ideia. Ou, dito de outro modo, a conceptualização ajuda a organizar o pensamento num sistema de termos significativos ao qual nos podemos referir de maneira rigorosa e não imprecisa. Assim sendo, o tipo de estudo deve descrever a estrutura que se utiliza para obter as respostas a questões que surgem com a investigação para descobrir qual a melhor forma de conseguir essas respostas (Fortin, 2009). Em termos práticos, o estudo seguirá uma matriz de natureza qualitativa.

1.1. PROBLEMÁTICA

A realização de uma investigação pressupõe a existência primária de um problema que se vai transportar para a definição de um tema. Segundo Almeida e Freire (2008, p.38) "(...) qualquer investigação é conduzida tendo em vista esclarecer uma dúvida, replicar um fenómeno, testar uma teoria ou buscar soluções para um dado problema".

Becker (1997), citado por Vilelas (2009), para além da pertinência científica do problema, refere outros critérios para a sua seleção: familiaridade com o objeto de estudo, forte motivação pessoal relativamente ao objeto em estudo e a previsão da disponibilidade dos recursos necessários à investigação.

A transplantação de órgãos constitui um dos maiores avanços a nível da Medicina nos últimos anos, estes permitiram melhorar a forma de colheita, preservação de órgão, bem como o processo de transplantação, registando-se um aumento do número global de transplantes. Portugal assumiu assim uma posição de relevo uma vez que é um dos melhores países do mundo nesta área, no entanto o número de órgãos colhidos em doentes em morte cerebral é insuficiente para responder às crescentes necessidades dos candidatos a transplantes (Despacho nº 14341/2013).

A nível hospitalar, a manutenção de potenciais dadores em morte cerebral é primordial, uma vez que se esta falhar neste processo pode interferir no processo das doações, sendo os enfermeiros dos principais profissionais a lidar com este tipo de doentes, têm uma grande responsabilidade neste processo de manutenção do potencial dador de órgãos.

A inquietação relativamente a este tema surge inicialmente do elevado tempo que os potenciais dadores de órgãos permanecem no Serviço de Urgência, nomeadamente naquele onde se direcionou o presente estudo, o Serviço de Urgência dos CHUC-Polo A.

No sentido de se compreender esta problemática e apresentar dados concretos da mesma, entendemos fazer um diagnóstico da situação, de acordo com os dados fornecidos pelo GCCOT do Centro hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Segundo dados do GCCOT do CHUC referentes aos dadores de órgãos entre 2014, 2015 e 2016, em 2014 ocorreu um toral de 88 colheitas no CHUC de dadores por morte cerebral, tendo-se registado 100 casos no ano de 2015 e 99 em 2016. Em relação aos dadores originários do CHUC, verificou-se 45 casos em 2014, 53 em 2015 e 49 casos em 2016. Em relação aos dadores originários de outras regiões, afere-se a ocorrência de 43 casos em 2014, 47 em 2015 e 50 casos em 2016 (cf. Figura 1).

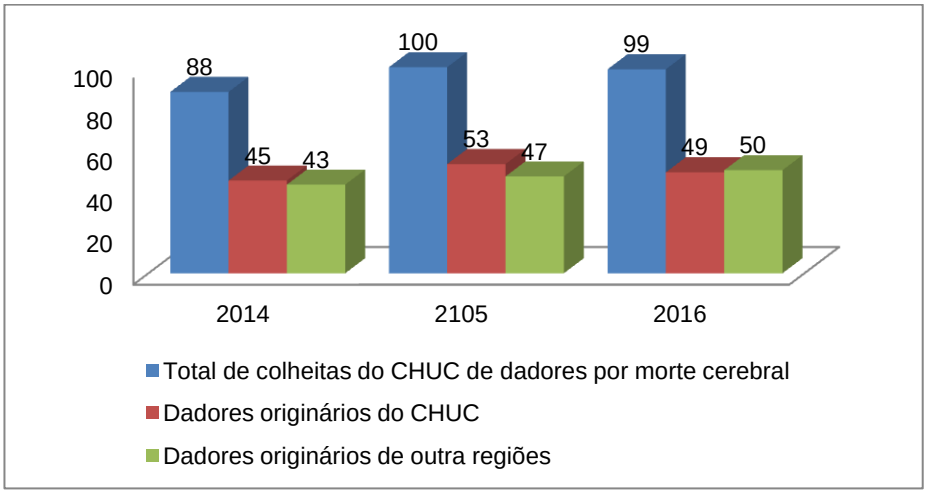

Figura 1 – Total de dadores de órgãos do CHUC entre 2014, 2015 e 2016

Em relação à origem dos dadores viáveis nos três anos em análise, em 2014, 17 foram provenientes do serviço de urgência, 14 do serviço de medicina intensiva, 5 do recobro anestésico, 6 da Unidade de acidente vascular cerebral (AVC) - neurologia e 1 da neurocirurgia. Nesse mesmo ano, houve 48 dadores perdidos, 24 desta instituição

em que 11 provieram do serviço de urgência. No ano de 2015, 22 foram oriundos do serviço de urgência, 17 do serviço de medicina intensiva, 8 provenientes da unidade de AVC – neurologia, 2 caso provenientes do recobro anestégico e 2 do serviço de neurocirurgia. Em 2016, 26 casos de dadores de órgãos foram provenientes do serviço de urgência, 15 do serviço de medicina intensiva, 4 da unidade de AVC – neurologia, 2 do recobro anestésico e 2 da neurocirurgia. Fazendo-se uma comparação dos dados, nos três anos em análise, o maior número de dadores de órgãos foram provenientes do serviço de urgência, com destaque no ano de 2016 (n=26) (cf. Figura 2), o que justifica a pertinência deste estudo.

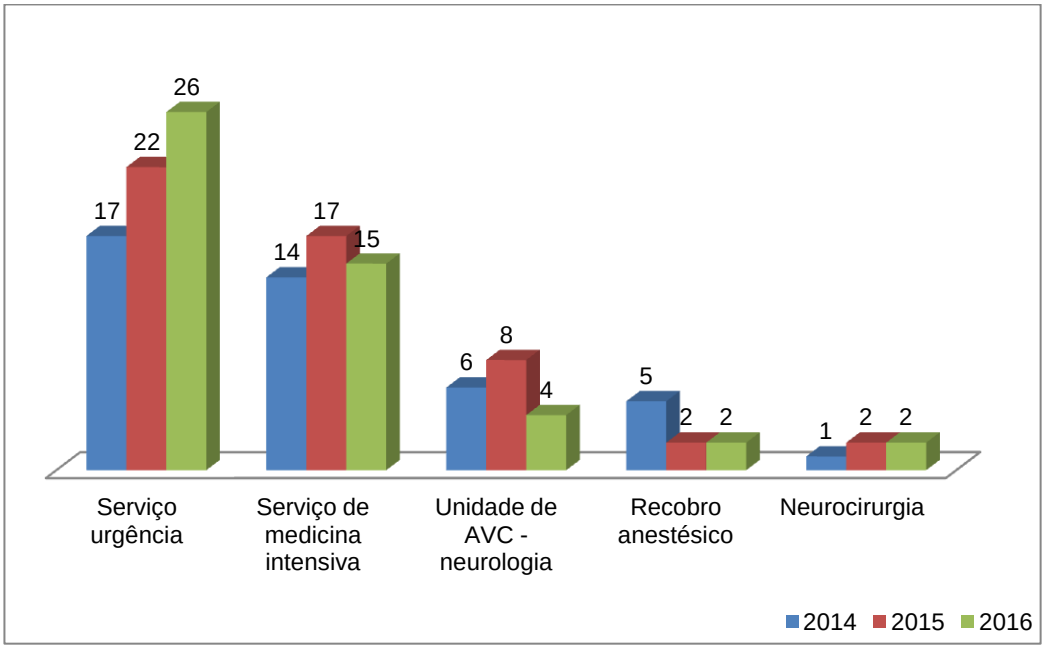

Figura 2 – Origem dos dadores viáveis – 2014, 2015 e 2016

Verifica-se, pelos dados apresentados na Figura 3, que no ano de 2014 houve um total de 48 dadores perdidos, dos quais 15 eram provenientes do serviço de urgência, *locus* de estudo. Em 2015, houve um decréscimo de dadores perdidos (n=30), tendo sido 7 provenientes do serviço de urgência. Em 2016, o número de dadores perdidos voltou a aumentar (n=32), dos quais 16 eram do serviço de urgência. No que se refere aos dadores perdidos provenientes do serviço de urgência ao longo dos três anos em análise, os mesmos poder-se-ão justificar com as dificuldades inerentes à prestação da manutenção, o que torna ainda mais viável a realização do presente estudo.

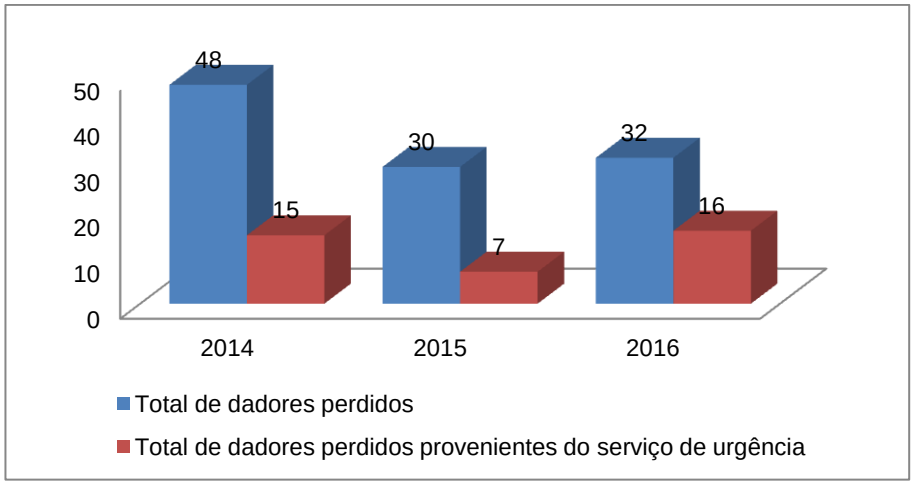

Figura 3 – Total de dadores perdidos no global e no Serviço de Urgência – 2014, 2015 e 2016

Verifica-se que nos anos supraditos houve um número bastante significativo de dadores provenientes do serviço de urgência, sendo mesmo o serviço com a maior taxa de dadores, ao contrário do expectável. Relativamente aos dadores perdidos, o número correspondente a este serviço também assume um carater considerável.

O elevado número de horas que estes doentes permanecem neste serviço altamente diferenciado, em que se registam diversas, complexas e simultâneas situações de emergência, com picos de afluência incertos, rácios de enfermeiros diminuídos e uma equipa de enfermagem com mais de cem elementos constituem uma inquietação por parte dos enfermeiros. Concomitantemente, a complexidade dos cuidados de enfermagem a prestar a estes doentes, nos quais se inclui uma monitorização e vigilância rigorosa, direcionou-nos a algumas questões.

Conjuntamente, as inexistências de protocolos neste serviço, relativamente a este tipo de cuidados, levam os profissionais a deparar-se com algumas complicações e potencia a ocorrência de erros. Estes consistem num conjunto de regras ou critérios cumpridos numa dada atividade, seja na execução, avaliação ou aceitação de materiais, produtos ou equipamento. A formação específica neste tema, para enfermeiros, sobretudo devido à sua elevada complexidade, permite aumentar a presteza e eficácia dos procedimentos relativos à prestação de cuidados a este tipo de doentes.

Assim sendo, o principal problema desta investigação refere-se às dificuldades sentidas pelos enfermeiros, as necessidades de formação e a inexistência de protocolos no Serviço de Urgência que orientem a prestação de cuidados de enfermagem na manutenção do potencial dador de órgãos, tendo-se seguido, para tal,

um estudo de natureza qualitativa, tendo por base uma questão central relacionada com a perceção dos enfermeiros face à prestação de cuidados na manutenção do potencial dador de órgãos, da qual emergiu um conjunto de questões e respetivos objetivos.

1.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

A formulação de uma questão de investigação constitui uma etapa fundamental em todo o processo de investigação e determina a perspetiva sobre a qual o problema irá ser considerado, o tipo de dados a recolher e as análises a realizar (Fortin, 2009).

Ribeiro (2008) considera-a como o elemento fundamental do início de uma investigação. Esta deve ser enunciada de maneira clara e inequívoca, precisando os conceitos examinados, especificando a população alvo sugerindo uma investigação empírica. Tendo sempre presente os estudos existentes sobre a temática, ela deverá ser expressa de modo a obter uma resposta (Fortin, 2009).

Definiu-se como questão central da investigação deste estudo:

- Qual a perceção que os enfermeiros têm da prestação de cuidados de enfermagem, na manutenção do potencial dador de órgãos num serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar?

De acordo com a questão acima colocada, emergem questões secundárias:

- Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à manutenção do potencial dador de órgãos?

- Quais as dificuldades que os enfermeiros têm na prestação de cuidados de enfermagem na manutenção do potencial dador de órgãos?

- Que articulação existe entre os enfermeiros e outros grupos profissionais na concretização do processo que visa a manutenção do potencial dador de órgãos?

- Quais necessidades de formação dos enfermeiros para a manutenção do potencial dador de órgãos?

- Que relevância atribuem os enfermeiros à existência de um protocolo de atuação e quais as sugestões apresentadas para a sua concretização?

Fortin (2009) refere que o objetivo do estudo indica o porquê da investigação. Deverá ser um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos do domínio em questão.

No planeamento da investigação é necessário definir dois tipos de objetivos, os gerais e os específicos. O geral deve refletir a essência do problema e a ideia expressa no título da investigação. Os específicos devem ser formulados de modo a que sejam orientados de acordo com o objetivo geral, constituindo os passos que se irão realizar para chegar a este. Apontam para a população a estudar, as variáveis, o tipo de estudo e as hipóteses (Vilelas, 2009).

O objetivo geral que se delineou para este estudo consiste em:

- Analisar a perceção que os enfermeiros têm da prestação de cuidados de enfermagem, na manutenção do potencial dador de órgãos num serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar.

Decorrente do objetivo enunciado, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à manutenção do potencial dador de órgãos;

- Identificar as dificuldades que os enfermeiros têm na prestação de cuidados de enfermagem na manutenção do potencial dador de órgãos;

- Compreender a articulação existe entre os enfermeiros e outros grupos profissionais na concretização do processo que visa a manutenção do potencial dador de órgãos;

- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros para a manutenção do potencial dador de órgãos;

- Contribuir para a realização de um protocolo de atuação para a manutenção do potencial dador de órgãos.

1.3. TIPO DE ESTUDO

Considerando o tema proposto, as questões e os objetivos apresentados, o estudo insere-se no paradigma qualitativo, cuja expressão:

(…) abarca um conjunto de abordagens as quais, consoante os investigadores, tomam diferentes denominações. Assim, por exemplo, Frederick Erickson engloba na expressão investigação interpretativa, procedimentos metodológicos diversos,

designadamente: observação participante e não participante, etnografia, estudo de caso, interacionismo simbólico, fenomenologia ou, muito simplesmente, abordagem qualitativa (Freixo, 2011, p. 145).

Esta primeira abordagem da investigação qualitativa remete-nos para uma sinalização das suas principais características. Neste sentido, como referidos por Bogdan e Biklen (1992), Freixo (2011, p. 146), enumera-as:

1) A situação natural constitui a fonte de dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados;

2) A sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisar os dados;

3) A questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e resultado final;

4) Os dados são analisados indubitavelmente, como se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle;

5) Diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao «porquê» e ao «o quê».

A investigação qualitativa, de acordo com Fortin (2009), estuda os fenómenos no meio natural e interpreta-os baseando-se nos significados que os participantes atribuem aos mesmos. Nas metodologias qualitativas, os intervenientes da investigação não são reduzidos a variáveis isoladas, mas vistos como parte de um todo no seu contexto natural. A opção por este tipo de estudo suporta-se no facto de os dados recolhidos, denominados de qualitativos, serem ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. As questões a investigar são formuladas com a finalidade de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e no contexto natural (Bogdan & Biklen, 1994).

Este estudo enfoca nas perceções dos enfermeiros acerca das suas dificuldades na prestação de cuidados de enfermagem, na manutenção do potencial dador de órgãos num serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar, cujo objetivo é compreender e encontrar significados por meio de narrativas verbais (Bogdan & Bikklen, 1994). De acordo com Bell (2004, pp. 19-20), os “investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles” enquanto os investigadores qualitativos “estão mais interessados em compreender as perceções individuais do mundo.

Este método tem como características sistematizar os dados de natureza qualitativa, possibilitando compreender como os participantes experienciam determinada situação, percebem, pensam e sentem as suas vivências, tomando como ponto de partida a expressão pessoal desse processo (Flick, 2005). Este tipo de estudo é a descrição das experiências vividas de vários sujeitos acerca de um conceito ou de fenómeno,

visando a estrutura essencial ou os elementos invariantes do fenómeno, ou seja, o seu significado central, que, no caso concreto, se refere ao significado atribuído pelos enfermeiros à manutenção do potencial dador de órgãos e sobretudo às suas dificuldades na prestação de cuidados de enfermagem, na manutenção do potencial dador de órgãos num serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar.

Por conseguinte, a presente investigação pretende centrar-se em procedimentos interpretativos e heurísticos de análise e interpretação dos dados, com recurso a entrevistas semiestruturadas e análise bibliográfica. As diversas alternativas metodológicas de recolha e análise de dados sugerem a necessidade de tomar uma decisão alicerçada no próprio estudo, nas questões de investigação e no grupo alvo (Flick, 2005).

Importa referir que se trata de um estudo descritivo de natureza qualitativa, uma vez que se pretende analisar e interpretar os testemunhos dos entrevistados sem a interferência do investigador.

Como se poderá verificar de seguida, os participantes do estudo foram enfermeiros que fazem parte do contexto do próprio estudo, sendo necessário selecioná-los de acordo com alguns critérios que passamos a apresentar.

1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Vilelas (2009) define população como o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades, tendo algumas características em comum e encontrando-se num sítio comum.

A população que se definiu para este estudo são os enfermeiros do Serviço de Urgência do CHUC-Polo A. Na impossibilidade de estudar a população num todo, procedeu-se ao estudo de uma amostra dessa população, sendo esta uma parte desse todo (Vilelas, 2009).

A correta seleção das amostras fornece melhores estimativas da população (Pais Ribeiro, 2008). Assim, o processo de amostragem está relacionado com o contexto e realidade envolvente à questão de investigação.

Neste estudo, sendo ele descritivo e exploratório, restringiu-se a amostra aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, pois objetiva-se identificar os “indivíduos típicos representativos das características em estudo” (Pais Ribeiro, 2008). Considera-se que estes têm uma formação académica e profissional

que lhes permite ter desenvolvido competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A aquisição de competências de enfermagem para prestar cuidados ao potencial dador de órgãos, é um processo complexo e sobretudo moroso. Aliado a toda a complexidade de laborar neste serviço, em que o processo de integração é vagaroso e complicado desponta a desconfiança na representatividade da amostra.

Para a seleção dos participantes deste estudo, decidiu-se que os intervenientes se deveriam situar nos níveis de perícia proficiente e perito. Segundo Benner (2005, p. 54), o enfermeiro proficiente "apercebe-se de situações como uma globalidade e não em termos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas". O enfermeiro perito já não se apoia "sobre um principio analítico (regra, iniciação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado" (Benner, 2005, p. 58). A enorme experiência do perito, permite uma maior compreensão da situação e "apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis" (Benner, 2005, p. 58).

Desta forma, pretendeu-se eliminar, como intervenientes neste estudo, enfermeiros que pelo frágil domínio contextual de um serviço de urgência, dirigissem o foco da sua atenção para os aspetos técnico científicos da prática em detrimento da perceção holística dos cuidados ao potencial dador de órgãos, aspeto este que é intrínseco aos enfermeiros proficientes e peritos.

No total existem no serviço 19 enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúgica, dos quais 7 constituíram-se como participantes deste estudo, selecionados através de um informador estratégico que foi o enfermeiro com funções de chefia. Importa ressalvar que 2 enfermeiros não revelaram motivação para participarem no estudo, 4 trabalham há menos de 5 anos, 2 enfermeiros estavam de ausência prolongada. Após a realização das 7 entrevistas, os dados começaram a repetir-se o que levou o investigador à não realização de mais entrevistas. A transparência metodológica na pesquisa qualitativa é um fator que contribui para a sua confiabilidade, devendo ser garantida pelos pesquisadores. A utilização do critério de fechamento amostral por saturação assume-se como relevante. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na recolha de dados. Ou seja, as informações fornecidas pelos novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido, não

contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que são recolhidos (Cunha, 2009).

1.6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. Deve existir uma reflexão se o instrumento de recolha de informação na população é o mais conveniente, permitindo responder às questões de investigação (Fortin, 2009).

O instrumento de recolha de dados selecionado para este estudo foi a entrevista semiestruturada, cujo guião se apresenta no Apêndice 2.

A entrevista, de acordo com Cunha (2009, p. 128), "é um instrumento primordial para a abordagem em profundidade do ser humano, quer pela compreensão rica que propicia quer por ser um processo comum, tanto na observação direta intensiva, como na base da observação direta extensiva". A mesma autora acrescenta que este é um instrumento de recolha de dados típico da metodologia qualitativa, que serve para se obter a informação verbal de um ou vários participantes. Resume-se a "uma conversação, uma relação verbal, entre dois indivíduos, o investigador e a pessoa a interrogar e abrange tanto interações verbais, como não-verbais" (2009, p. 129). A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os informantes, com o objetivo de recolher dados relativos às questões de investigação.

A elaboração do respetivo guião teve por referência os critérios propostos por Quivy e Campenhoudt (2008), ou seja, formulou-se de forma clara e unívoca as perguntas tentando garantir a correspondência entre o universo de referência das perguntas e o dos entrevistados, atendendo ainda aos objetivos definidos neste estudo. Prepararam-se algumas questões, que constam de um guião gerido com alguma flexibilidade no momento da sua utilização. Cunha (2009, p. 133) refere que a entrevista semiestruturada é um "modelo que não é inteiramente livre, nem orientado por um leque de perguntas estabelecidas *a priori*." É, no geral, constituída por "uma série de perguntas abertas, colocadas verbalmente e seguindo uma ordem prevista, podendo o entrevistador acrescentar outras perguntas que julgue necessárias, com finalidades de esclarecimento" (Cunha, 2009, p. 133). O entrevistador possui, conforme esclarece a autora, um guia referencial de perguntas abertas, que apresenta à medida que a entrevista vai decorrendo, a fim de que o discurso do entrevistado possa fluir

livremente, permitindo-lhe que se exprima com abertura. Esse guião teve, no presente caso, como objetivo orientar a entrevista e estimular o pensamento livre dos participantes.

1.7. ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Toda a informação recolhida foi tratada de forma descritiva, seguindo-se a análise de conteúdo, sendo esta apontada como uma das técnicas de tratamento de dados em pesquisa qualitativa (Bardin, 2015).

O termo “análise de conteúdo” designa

> um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2015, p. 47).

Segundo a perspetiva da mesma autora, consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte. Nessa análise, o investigador procura compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. Bardin (2015) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação, sendo estes os passos a seguir no presente trabalho.

Realizada a transcrição das entrevistas, recorreu-se, de seguida, à técnica de análise de conteúdo, seguindo-se os critérios propostos por Bardin (2015).

De acordo com a autora supracitada, tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Procura-se, assim, conhecer o lado “oculto” das palavras, utilizando procedimentos sistemáticos, evidenciando os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade com o objetivo de fornecer mais informações ao leitor crítico da mensagem. Segundo Bardin (2015), a análise de conteúdo é descrita como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens. A análise de conteúdo pode ser de dois tipos: análise dos “significados” (análise temática) e análise dos “significantes” (análise dos

procedimentos). No que diz respeito a esta pesquisa, a técnica de análise eleita foi a análise categorial temática. Esta técnica permitiu-nos condensar os dados, categorizando e uniformizando-os de forma a tornar mais acessível a análise das respostas e suas interpretações.

Bardin (2015) refere que a análise supracitada funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Refere ainda que é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples. A maioria dos procedimentos de análise organiza-se à volta de um processo de categorização (Bardin, 2015).

A categorização é operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia, com os critérios previamente definidos). As mensagens provenientes das entrevistas podem ser agrupadas tendo em conta diferentes categorias. Assim, em análise de conteúdo, a mensagem pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análise (Bardin, 2015). A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário (isolar os membros) e a classificação (repartir os elementos e organizar as mensagens). No momento em que estamos a efetuar uma análise de conteúdo e decidimos codificar as respostas, devemos elaborar um sistema de categorias. Esta pode ser realizada de duas formas: segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge "da classificação analógica e progressiva dos elementos" (Bardin, 2015, p. 119), ou seja, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. Neste estudo, delineou-se uma abordagem exploratória, com uma categorização *a posteriori*.

1.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A passagem da fase metodológica para o trabalho de campo impõe a definição de cuidados preliminares que garantam o plano estabelecido e que assegurem as disposições ético-legais de modo a respeitar os direitos fundamentais das pessoas.

Toda a prática de enfermagem exige tomadas de decisão éticas e morais, incluindo as de natureza investigativa. Na investigação, é a ética que direciona a conduta do investigador e lhe coloca problemas particulares, podendo, por vezes, entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, 2009). Durante este estudo de

investigação, os enfermeiros participantes no estudo foram tratados com justiça e equidade, durante e após a investigação.

De acordo com Fortin (2009), esta investigação foi realizada com base no princípio da não maleficência (reduzindo ao máximo os inconvenientes que a investigação pudesse trazer aos participantes) e no princípio da beneficência (procurando que os participantes obtenham o maior número possível de vantagens, como, por exemplo, contribuir para o avanço dos conhecimentos neste tema e, assim, beneficiar outras pessoas com as descobertas feitas no decurso desta investigação).

Para além disso, foram respeitados os direitos e liberdade dos participantes, tal como o direito à confidencialidade, à intimidade e ao anonimato, uma vez que foi assegurado que as informações obtidas do estudo não seriam comunicadas a terceiros e a identidade do participante não podia ser descoberta por nenhum meio, nem mesmo pelo investigador (Fortin, 2009).

Foi também respeitado o direito à autonomia, uma vez que participantes decidiram livremente se queriam participar ou não na investigação. Assim, após a aquisição do consentimento informado aos participantes (cf. Apêndice 3), foi elaborado um guião de entrevista, em que esta é focalizada em determinados blocos temáticos.

Deste modo, no decorrer do presente estudo, assegurou-se que todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação eram preservados. Foi efetuado, numa fase primária, um pedido ao Diretor da Unidade de Inovação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, para a realização deste estudo, para que foi emitido um parecer formal (cf. Apêndice 1).

Após a referência das diversas etapas metodológicas, importa apresentar os resultados do estudo, os quais se podem encontrar no ponto seguinte.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procede-se à apresentação dos resultados dos dados alcançados através do instrumento de colheita de dados, a entrevista semiestruturada.

Inicialmente procedeu-se à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, neste caso Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que exercem funções no Serviço de Urgência dos CHUC Polo A.

Após a análise detalhada do discurso dos participantes nas sete entrevistas realizadas, procedemos à categorização dos dados e as unidades de registo foram agrupadas, de acordo com o seu sentido, nas diferentes categorias e subcategorias, seguindo-se o preconizado por Bardin (2015). Procura-se desenvolver um texto narrativo com excertos das entrevistas, de modo a sistematizar e realçar toda a informação obtida devidamente agrupada.

Inicialmente irá ser apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes e, posteriormente, os resultados que resultaram da análise dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas.

2.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

Os participantes neste estudo foram sete enfermeiros do Serviço de Urgência dos CHUC Polo A, com mais de cinco anos de exercício profissional, sendo três do sexo feminino (42,9%) e quatro do sexo masculino (57,1%).

A idade dos participantes varia entre os 32 e os 57 anos (cf. Figura 4), sendo a média 45 anos (cf. Figura 4).

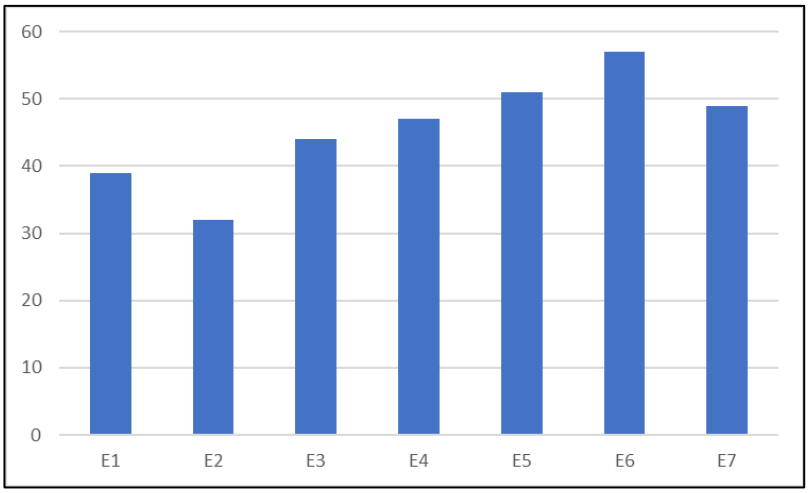

Figura 4 – Idade dos participantes

Relativamente às habilitações académicas, todos os participantes (100%) possuem o curso de Licenciatura em Enfermagem, destes um não é detentor do grau de mestre, cinco têm o curso de Enfermagem Médico-Cirúrgica e um o curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde (cf. Figura 5).

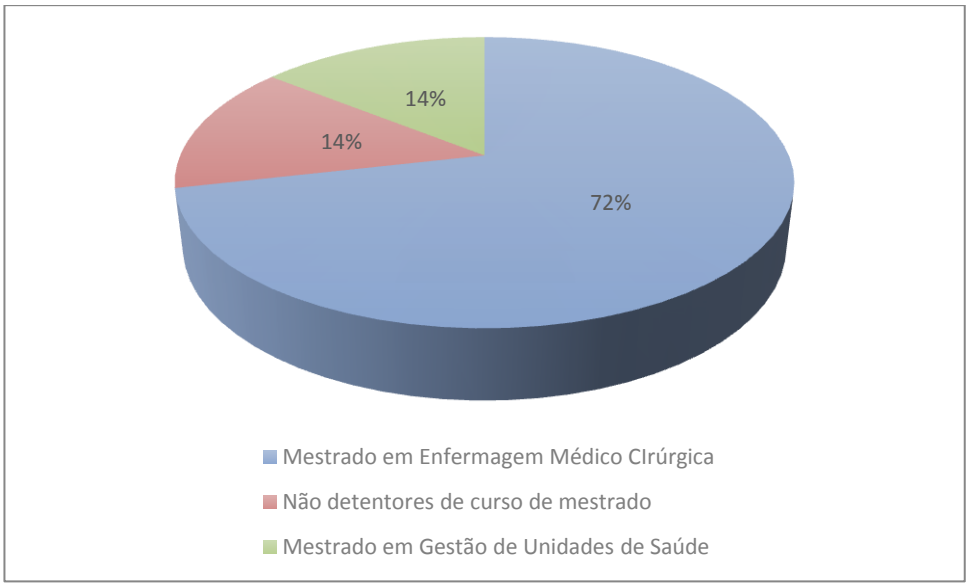

Figura 5 – Habilitações académicas dos participantes

O tempo de experiência profissional oscilou entre os 11 e os 36 anos, sendo a média de 23 anos. No que se refere à experiência profissional no exercício de no Serviço de Urgência dos CHUC Polo A, variou entre os 11 anos e os 36 anos, à semelhança do tempo de exercício profissional, no entanto a média corresponde a 20 anos (cf. Figura 6).

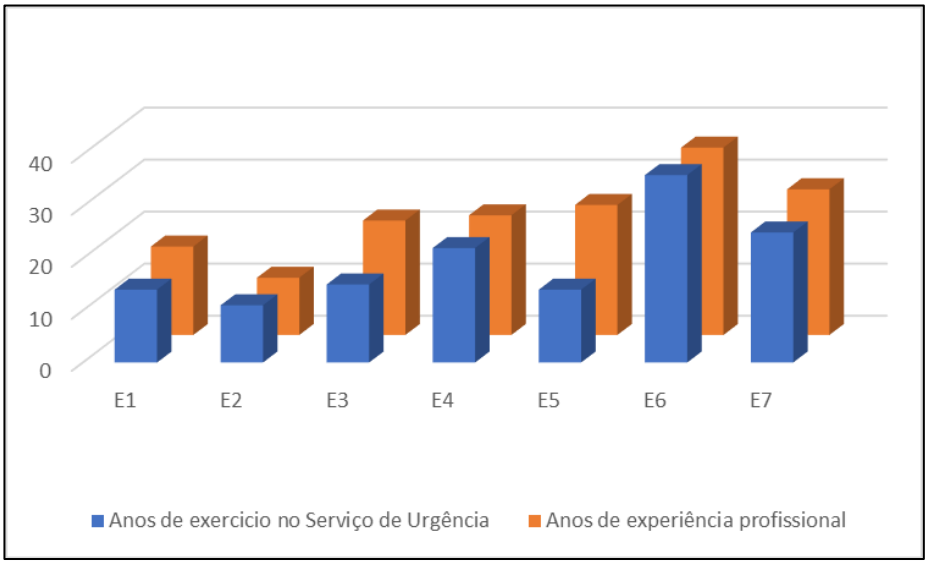

Figura 6 – Anos de experiência profissional e anos de exercício no serviço de urgência

2.2. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS

Foi construída uma categorização a partir das entrevistas realizadas, após a sua leitura e análise exaustiva, que permitiu uma melhor compreensão do tema em estudo, bem como dos objetivos desta investigação. Foram inicialmente nomeadas categorias, que posteriormente foram repartidas em subcategorias e atribuídas unidades de significado, relatadas por cada um dos participantes a cada uma delas.

Desta análise emergiram quatro categorias: **Importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos; Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos; Estratégias propostas para uma eficaz prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos**; **Sugestões para a elaboração de um protocolo (elementos a considerar)**, que será descrito, bem como as subcategorias e serão transcritos excertos de algumas unidades de significado que melhor ilustram a reflexão das ideias que pretendemos expor, com a exceção da última categoria onde as subcategorias se encontram ordenadas consoante a sua significância, em todo o processo de manutenção do potencial dador de órgãos.

Foi elaborada uma matriz global, com as categorias, subcategorias e unidades de significado que se encontra em Apêndice 4 – Matriz Global.

2.2.1. Importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos

Esta categoria diz respeito à importância percecionada pelos participantes, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos de uma forma global, especificamente no serviço que se selecionou para a investigação.

Encontra-se dividida nas seguintes subcategorias, que passamos a apresentar, sendo que para cada uma delas apenas apresentamos dois exemplos de unidades de significado.

Vigilância

Nesta subcategoria obtivemos sete unidades de significado, em que os participantes focam a intervenção do enfermeiro na monitorização e avaliação de sinais vitais do potencial dador de órgãos, que permitam que este se mantenha hemodinamicamente estável.

"(…) na manutenção do estado fisiológico ou da hemodinâmica do próprio doente (…) o enfermeiro tem um papel extremamente relevante nesta avaliação dos parâmetros fisiológicos…" **E_2**

"(…) o profissional com mais intervenção (…) uma vez que há um conjunto de procedimentos, vigilância, manutenção de parâmetros vitais e são diretamente da responsabilidade, intervenção do enfermeiro (…) a manutenção de parâmetros vitais acaba por ser transversal a todos os doentes…" **E_4**

Manutenção da viabilidade dos órgãos

A viabilidade dos órgãos é uma das principais preocupações e objetivo da equipa multidisciplinar. Está diretamente relacionada com a qualidade da manutenção do potencial dador conforme referem seis participantes.

"Porque a qualidade provavelmente dos órgãos que serão transplantados estão diretamente relacionados com a qualidade da manutenção que é feita e até que esta transplantação seja possível…" **E_2**

"Esta manutenção exige um cuidado muito minucioso (…) e quanto mais cuidados o enfermeiro tem no potencial dador, melhor contribuirão para um recetor com uma viabilidade melhor de

órgãos "(…) a viabilidade dos órgãos de um recetor será tanto melhor quanto melhor for a manutenção do dador." **E_6**

Presença permanente do enfermeiro

A presença permanente do enfermeiro neste processo é uma realidade, neste caso até a transferência do doente para o bloco operatório, sendo que a sua interação com o paciente seja uma constante. Obtivemos três unidades de significado.

"(…) o profissional com mais interação na manutenção desse (…) provável dador." **E_6**

"(…) já que está presente em todas as etapas do processo…" **E_7**

Dignidade da pessoa

A dignidade é aqui referida por dois participantes, com um elemento que se deve ter em conta ao longo de todo o processo de manutenção do potencial dador de órgãos, que inevitavelmente estará em morte cerebral, daí a importância do enfermeiro sobretudo na preservação da intimidade e na transmissão de informação

"(…) manter também a dignidade neste processo (…) mesmo após a sua morte …" **E_2**

"(…) preservar a intimidade do doente em termos de informação (…) à muito telefonema cruzado, há muita informação cruzada entre várias pessoas (…) várias pessoas a pressionar (…) devia estar estipulado quem dá informação, como dá e haver algum controlo nessa informação**.**" **E_5**

2.2.2. Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos

De um modo mais específico, pretende-se, nesta categoria, verificar qual a perceção que os participantes têm das dificuldades por parte da equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, bem como das dificuldades inerentes a eles próprios aquando a prestação de cuidados a este tipo de doentes. Consequente da análise das entrevistas, subdividiu-se esta categoria em quatro subcategorias.

Dotação de enfermagem Insuficiente

A dotação de enfermagem é uma realidade transversal a muitos serviços. Porém, quando se trata de um doente crítico, uma dotação insuficiente terá um impacto muito

maior na prestação de cuidados de enfermagem, daí ser uma dificuldade apontada por todos os participantes na investigação.

"Normalmente o enfermeiro que está responsável por este utente tem mais utentes a seu cargo, utentes emergentes (…) não há uma dedicação exclusiva do enfermeiro a este doente (…) grande volume de trabalho que existe associadamente a este processo…" **E_2**

"Tudo passa neste momento por recursos, recursos que não são adequados para manter um dador (…) em termos de horas de cuidados (…) em condições ótimas para que os órgãos sejam ótimos (…) passam por não haver um enfermeiro distribuído única e exclusivamente para um individuo destes (…) quando temos um doente destes na sala de emergência e em que estão dois enfermeiros distribuídos, onde normalmente estão cinco doentes (…) levando a que muitas vezes o dador fique instável, destruindo o potencial de órgãos que tem…" **E_5**

Permanência do potencial dador na sala de emergência

Fruto de uma organização institucional dos CHUC, os potenciais dadores de órgãos na maioria das vezes permanecem na sala de emergência do serviço de urgência até que sejam chamados para o bloco operatório. Nesse mesmo sector irá decorrer todo o processo de manutenção do potencial dador, o que como comprovam estas seis unidades de significado, é uma das dificuldades mais percecionadas pelos enfermeiros.

"o dador manter-se durante muito tempo na sala de emergência (pausa) e não sendo o único que está nesta sala porque é uma sala bastante movimentada…" E_3

"(…) estão na sala de emergência (…) tanto pode ter um doente, como dois, como ter cinco e que exigem cuidados imediatos e cuidados diferenciados, tal como exige um potencial dador…" E_6

Exigência na prestação de cuidados

O potencial dador de órgão é um doente crítico com determinadas particularidades que vão exigir uma elevada qualidade e quantidade de cuidados de enfermagem aos prestadores, bem como um elevado nível de atenção de modo a identificar possíveis contrariedades. Obtivemos seis unidades de significado.

"O dador manter-se durante muito tempo na sala de emergência e não sendo o único que está nesta sala porque é uma sala bastante movimentada (…) o tempo de permanência na nossa sala de emergência também diminuir…" **E_3**

"(…) o espaço onde eles ficam no serviço de urgência para (…) essa prestação uma vez que eles ficam na sala de emergência (…) absorve o enfermeiro na totalidade (…) os prováveis

dadores ficam na sala de emergência a aguardar (…) depois a chamada para o bloco para a recolha propriamente dita." **E_4**

Défice de conhecimento

Quatro participantes no estudo consideram para que possa existir uma assimetria na prestação de cuidados terá que existir uma atualização em termos de conhecimento por parte da equipa de enfermagem, não negligenciando a legislação em vigor.

"(…) atualização em termos de formação na área (…) ainda pode existir assimetrias na prestação de cuidados a estes doentes." **E_2**

"Se calhar a nível da legislação (…) em relação à situação do doador de órgãos também as pessoas se calhar não estão tão atualizadas nessa nossa área…" **E_7**

2.2.3. Estratégias propostas para uma eficaz prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos

Depois de identificadas as principais dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na categoria anterior, procuramos que os participantes sugerissem estratégias que permitissem ultrapassar essas dificuldades. Emergiram dez subcategorias, como a seguir se apresenta.

Formação em serviço

Esta subcategoria foi a que obteve mais unidades de significado, sete, e está subjacente a todo o processo de enfermagem em torno do cuidar do potencial dador de órgãos e do conhecimento necessário para o garantir. A complexidade desta temática segundo os participantes deveria ser suportada por formação continua em serviço, de modo a uniformizar os conhecimentos no seio da equipa de enfermagem, desde a fisiopatologia específica deste tipo de doentes à necessidade de formação específica por parte dos enfermeiros.

"A estratégia formação pelos elementos (…) com este conhecimento, com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (…) dar formação (…) transmitir conhecimentos e boas práticas (…) qualquer equipa necessita de formação contínua para manter os níveis de conhecimento (…) os elementos mais novos e menos formados tenham (…) o mesmo nível no cuidado ao doente…" **E_1**

"Nós nunca devemos dizer que sabemos tudo porque não é verdade, não sabemos (…) quanto mais aprendermos melhor (…) exige saber (…) acho que as pessoas deviam ter formação

específica (…) em todo um conjunto de fisiopatologia deste tipo de dadores (…) que mais tarde são cadáveres (…) o enfermeiro nunca deve esquecer a regra dos dez ou dos cem (…) tem que se sensibilizar as pessoas para o que são provas de morte cerebral, quais as situações, quais os reflexos que (…) são reflexos e não sinais de viabilidade cerebral…" **E_6**

Dotação segura

Uma gestão de recursos apropriada que proporcione uma dotação de enfermagem segura, é vista como uma das principais estratégias para colmatar as dificuldades percecionadas, enumerada por seis dos participantes, com seis unidades de significado, tendo em conta a complexidade destes doentes.

"(…) tivessem depois uma dotação que (…) fosse de encontro às necessidades desses doentes quer de monitorização, ou seja meios técnicos e humanos …" **E_4**

"(…) que quando for identificado o potencial dador de órgãos seria necessário termos um enfermeiro só para assegurar cuidados de enfermagem (…) só aquela pessoa." **E_7**

Uniformização de procedimentos

Com o intuito de colmatar eventuais assimetrias na prestação de cuidados a estes doentes, esta subcategoria com seis unidades de significância é alusiva à uniformização de procedimentos na prestação de cuidados de enfermagem de modo a que estes sejam otimizados, não descurando nenhuma situação que possa surgir.

"(…) não sendo um protocolo rígido (…) de atuação rígida (…) seria mais eficaz a monitorização (…) salvaguardando que nenhuma situação é descurada (…) um bom início um bom caminho (…) para manter a qualidade dos cuidados." **E_1**

"(…) uniformização em termos de procedimentos e formação efetivamente nesta área para que se pudesse otimizar a prestação de cuidado (…) pode existir algumas assimetrias na prestação de cuidados a estes doentes…" **E_2**

Criação de protocolos de atuação

Apesar da existência de alguns protocolos institucionais, o seu cumprimento ou a elaboração de novos protocolos constitui uma das estratégias enumeradas com cinco unidades de significado.

"(…) analisando todas as situações pode ser realizado um protocolo mais (…) eficaz (…) com alguma complexidade (…) o seguimento daquele protocolo pode levar a algumas falhas (…)

quando surge algum imprevisto (…) poderia passar uma situação despercebida por (…) seguimento do protocolo à risca.” **E_1**

”Em termos de gestão há uma coisa que se chama gestão por processos e essa gestão por processos passa pela elaboração de protocolos (…) porque eu não consigo avaliar o enfermeiro A, enfermeiro B, o enfermeiro C sem ter um protocolo …” **E_5**

Envolvimento dos Enfermeiros Especialistas

Nesta subcategoria, com duas unidades de significado, consideram benéfico o envolvimento dos enfermeiros especialistas em todo este processo, sobretudo os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica uma vez que a sua formação foi direcionada para o cuidar do doente crítico.

“(…) distribuição nesses locais de trabalho (…) pessoas mais preparadas, com mais formação mais saber (…) enfermeiros especialistas em médico cirúrgica (…) os outros elementos do serviço estando sempre acompanhados com alguém mais diferenciado que consiga dar resposta a todas as situações (…) um cuidado sistematizado e com uma atenção exclusiva a estas situações que são utentes de alta complexidade e muitas vezes com instabilidade hemodinâmica…” **E_1**

“(…) deviam ser enfermeiros especialistas, quanto a mim, os enfermeiros que estão na sala de emergência (…) para que tenham conhecimento, que os saibam aplicar, que saibam racionalizar recursos e saibam principalmente exigir perante quem chefie (…) façam notar a dificuldade que há em manter um doente destes dentro dos padrões normais…” **E_5**

Criação de uma unidade de cuidados específico

Dois dos participantes no estudo, com duas unidades de significado, consideram que o serviço de urgência não é o mais apropriado para a permanência de um potencial dador de órgãos. Sugerem, contudo, a criação de uma unidade específica, onde esses doentes obtivessem cuidados de enfermagem diferenciados.

“(…) esses prováveis dadores não deviam ficar no serviço de urgência (…) faria sentido que eles fossem imediatamente após a determinação de morte cerebral (…) para esses serviços.” **E_4**

“ (…) o foco de atenção nunca é o dador, é sempre a pessoa que lá está em sofrimento e a manifestar o sofrimento (…) criar uma unidade de transplantes (…) um espaço próprio (…) entre o serviço de urgência e o serviço de medicina intensiva deviam ser criadas condições para que o dador não permanecesse na sala de emergência (…) onde o foco de atenção não possa ser perturbado por outros doentes, por outras atitudes, por outras pessoas a entrar (…) o

nível de atenção era centralizado no dador (…) e a partir daí ele preservava o dador e depois faziam o acompanhamento…" **E_5**

Articulação dos vários serviços intervenientes no processo

A articulação dos serviços intervenientes no processo de manutenção do potencial dador de órgãos, nomeadamente o GCT CHUC e o serviço de medicina intensiva, de modo a uniformizar os procedimentos é uma das estratégias apontadas por dois participantes.

"(…) ser uniforme não só no serviço de urgência, mas eventualmente no serviço de medicina intensiva (…) protocolizar a articulação também dos próprios profissionais numa *guideline* e que permita efetivamente ser uniforme não só no serviço de urgência, mas eventualmente no serviço de medicina intensiva, uma vez que alguns deles (…) sofrerão os cuidados dos colegas da medicina intensiva…" **E_2**

"(…) também com o gabinete de coordenação termos outra (…) comunicação (…) o trabalho que (…) está também destinado ao GCT CHUC que eu acho que é um bocadinho desconhecido nosso (…) se tivéssemos outra (…) ligação seria mais fácil…" **E_7**

Sensibilização das pessoas para o processo de doação

Uma educação de modo a promover a sensibilização da família, de uma forma transparente, com o objetivo de as ajudar a lidar com este processo, é aqui reportada por dois participantes.

"(…) seria importante haver aqui alguma educação (…) dos próprios familiares (…) no hospital (…) da importância da colheita de órgãos para transplantação (…) o primeiro passo seria a sensibilização das pessoas para esta necessidade (…) da manutenção dos dadores e colheita de órgãos para salvar terceiro…" **E_2**

"(…) as pessoas se habituem a lidar com estas situações e acho também é uma forma da nossa sociedade crescer e mostrar que é uma sociedade evoluída, falando as coisas com transparência." **E_4**

Envolvimento da família

Os familiares de um potencial dador de órgão em morte cerebral requerem por parte dos enfermeiros um diálogo que deve ser o mais transparente possível relativamente a todo o processo, não descurando as questões legais envolvidas, conforme dois dos participantes assim o referiram.

"(…) não é informada de uma forma aberta a família que (…) tendo condições para isso (…) e não havendo qualquer entrave manifestado em vida pelo próprio utente, que aquele utente será um potencial dador de órgãos e lhe serão retirados os órgãos (…) isso cria ou deixa algum clima de suspeição de camuflar alguma coisa que acho que é difícil de gerir por parte da própria equipa (…) parece que estamos a tentar ocultar (…) algo que é perfeitamente legal (…) a condução do próprio processo que leva à transplantação de órgãos (…) não tem a transparência que deveria ter ou que poderia ter no sentido de informar diretamente os familiares de todo o processo…" **E_2**

"(…) o contacto com a família, extremamente importante, porque já tem havido problemas sérios coma a família (…) as equipas (…) não forçam um familiar porque isso em vez de benefícios traz malefícios, apesar da lei nos proteger…" **E_6**

Trabalho de equipa

Dois participantes valorizam o trabalho de equipa e a entreajuda entre os enfermeiros, com o intuito de mais facilmente poderem ultrapassar situações críticas

"(…) necessitamos de entreajuda para (…) nas situações mais críticas, para manter o dador viável." **E_4**

"(…) tem que haver uma grande entreajuda…" E_7

Presença física do Médico

Membro integrante de uma equipa multidisciplinar, a presença física do médico é referenciada por dois participantes com o intuito de corrigir eventuais alterações que surjam neste processo, sobretudo em procedimentos em que a equipa de enfermagem não é autónoma para os realizar.

"(…) temos sempre o médico por perto que nos vai dando indicações (…) em termos de fármacos a administrar, também não somos autónomos…" **E_3**

"(…) porque o médico não esta presente (…) alertar para que a mínima alteração possa ser corrigida." **E_6**

2.2.4. Sugestões para a elaboração de um protocolo (elementos a considerar)

A realização de um protocolo é aqui proposta com o intuito de delinear uma linha orientadora na prestação de cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos. A uniformização de cuidados e formação específica, munidos por um objetivo comum,

visam uma maior eficiência no cuidado a estes doentes. Desta categoria emergiram seis subcategorias, conforme se expõe seguidamente.

Critérios de morte cerebral

O início de todo o processo inicia-se com a sinalização do potencial dador de órgãos. Como tal terá de ser verificado se os critérios de morte cerebral se encontram presentes. Apesar de os testes de morte cerebral não integrarem as competências dos enfermeiros, o conhecimento da fisiologia da morte cerebral e o dos testes que serão realizados constituem uma mais-valia na clarificação na própria declaração de morte cerebral segundo dois participantes.

"(…) a declaração de morte às vezes fica um bocadinho escondida mesmo para nós (…) deveria ser (…) mais transparente, que toda a gente tivesse conhecimento…" **E_4**

"(…) todo um conjunto para que o enfermeiro saiba, embora não seja ele a fazer as provas de morte cerebral, tem que saber o que é que estão a fazer (…) tem que saber (…) a fisiologia da morte cerebral (…) o enfermeiro tenha plena consciência que as provas de morte cerebral são seguras." **E_6**

Contacto com outros serviços

Após a realização das primeiras provas cerebrais, e caso estas indiquem morte cerebral, mesmo antes da realização das segundas provas, terá de ser estabelecido um primeiro contacto com o GCCOT dos CHUC de modo a confirmar a sua inscrição ou não no RENNDA. Caso o processo seja encaminhado para dador em morte cerebral, o contacto com o Bloco Operatório no caso de os doentes serem encaminhados do serviço de urgência, ou com Serviço de Medicina Intensiva caso o doente seja internado, constituem um dos elementos que quatro participantes consideram importante colocar num eventual protocolo.

"(…) articulação entre os diversos profissionais desde (…) o gabinete da coordenação dos transplantes (…) os colegas da medicina intensiva do bloco operatório para clarificar os papeis de cada um nesta intervenção…" **E_2**

"(…) assumi que há um registo nacional de dadores e não dadores…" **E_4**

Monitorização

De acordo com a análise do discurso dos participantes, cinco consideram importante colocar no protocolo a monitorização deste tipo de doentes, sendo um dos mais

relevantes procedimentos de modo a manter a sua estabilidade hemodinâmica, permitindo a identificação de focos de instabilidade.

"(…) intervenções necessárias (…) manutenção de sinais vitais, das funções vitais…" **E_2**

"(…) deviam ser monitorizados com (pausa) o nível de monitorização, que é considerado e descrito (…) em termos de *guideline* internacionais (…) em termos da diurese devia haver um padrão, porque nós temos muitos doentes (…) que têm um grande descontrolo em termos da quantidade de urina que excretam." **E_5**

Administração de fármacos

A administração de fármacos, após identificação de focos de instabilidade de modo a manter o equilíbrio hemodinâmico do doente foi a subcategoria referida por um maior número de participantes, não descurando que esta administração tem que estar salvaguardada pela prescrição médica.

"(…) tem que (…) haver sempre prescrição médica (…) sabermos que a partir de que parâmetro é que devemos administrar determinadas medicações (…) presença de determinados fármacos para combater (…) uma diurese excessiva." **E_3**

"(…) há uma pessoa e com características diferentes, com formas de reagir aos fármacos, às manobras diferentes." **E_6**

Transmissão de informação à família

Três dos participantes referiram o processo de transmissão à família de toda a informação relativa ao processo, bem como o espaço onde esta deve ser efetuada um dos elementos que deveria ser protocolado.

"(…) a questão da informação aos familiares (…) em que medidas (…) em que moldes (…) por quem deve ser feita essa comunicação aos familiares." **E_2**

"(…) envolver a própria família na decisão de (…) morte na decisão de parar com as medidas terapêuticas para manter a pessoa viva (…) permitir à família se despedir do seu ente querido (…) com critérios, com um ambiente calmo, tranquilo e por vezes a sala de emergência não o permite." **E_4**

Registos de Enfermagem

Parte fundamental da prestação de cuidados de enfermagem, o registo sistematizado e standardizado seria uniforme e reduziria algumas incoerências na opinião de dois participantes que o consideram integrante num eventual protocolo.

"(…) registo de todos os sinais vitais (…) era importante que isso ficasse registado num protocolo… mais sistematizado…" **E_3**

"(…) os registos ficam um bocadinho ao critério de cada um dos enfermeiros (…) registos estandardizados, folha própria ou com parâmetros específicos já para cada um de nós avaliar, horário que é mais apertado consoante os parâmetros (…) iria ser um procedimento mais standard e na minha opinião menos falível." **E_4**

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De modo a retirar uma conclusão dos resultados e das implicações que deles decorrem, Fortin (2009, p. 329) refere que *o* investigador é compelido a "comparar, constatar os resultados e servir-se da teoria, dos trabalhos de investigação que tratam o mesmo fenómeno a da prática profissional para fazer inferências".

Respeitando os objetivos delineados e a questão de investigação elaborada previamente, pretende-se, neste capítulo, efetuar uma reflexão da interpretação dos resultados obtidos, organizando a discussão dos mesmos. Nesta discussão procura relacionar-se os resultados obtidos essencialmente com resultados de estudos que envolvem a mesma temática, bem como uma articulação com as conceções teóricas maioritariamente abordadas no enquadramento teórico. Importa referir que se optou por juntar as subcategorias, como forma de facilitar a sua interpretação à luz da bibliografia consultada.

A morte cerebral encontra-se diretamente relacionada com o processo de manutenção do potencial de órgãos (Barros, Amaral & Costa, 2012). Daí que estes doentes sejam suscetíveis aos seus efeitos fisiológicos que poderão induzir alterações que comprometam as suas funções cardíacas e respiratórias (Caple & Ciasulli, 2014). Considerando o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RCEEEEPSC, Regulamento n.º 124/2011) *em que:* "A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica", ao longo deste capítulo torna-se então coerente considerar-se o potencial dador de órgãos como uma pessoa em situação crítica.

Da análise das entrevistas, emergiram nesta investigação categorias e subcategorias, sobre as quais se procede à sua análise e interpretação crítica.

A primeira categoria que emergiu foi a **importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos**. Lemes & Bastos (2007) mencionam a importância da equipa de enfermagem como fundamental em todo o contexto do processo de manutenção do potencial dador.

Da análise dos relatos dos participantes, a subcategoria com mais unidades de significado e transversal a todos eles é a **"Vigilância"**. Referem sobretudo a manutenção de um estado hemodinamicamente estável do doente, mencionando essencialmente a monitorização e interpretação dos parâmetros vitais.

A este propósito refere-se que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2012) define vigilância como a ação de "Monitorizar: observação atenta de uma pessoa ou grupo, monitorização contínua". Esta é uma ação padronizada a nível mundial, que permite aos enfermeiros a elaboração de diagnósticos de enfermagem. No serviço onde se realizou o estudo não foi adotada a CIPE. Contudo, existem algumas ações e intervenções padronizadas que estão presentes na prestação de cuidados de enfermagem, sendo esta uma delas. A responsabilidade pela avaliação e controlo de todos os parâmetros hemodinâmicos do potencial dador é intrínseca aos enfermeiros (Guetti & Marques, 2007). Importa referir que os resultados encontrados corroboram os de Cavalcante, Ramos, Araújo, Alves e Braga (2014), cujo estudo demonstrou que os enfermeiros entrevistados consideram de suma importância a sua vigilância em termos de manutenção do estado hemodinâmico estável do doente, referindo sobretudo a monitorização e a interpretação dos parâmetros vitais. Os enfermeiros relatam que o cuidado ao doente potencial doador de órgãos é permeado por muitas atividades, o que configura um processo complexo, multidimensional e multidisciplinar, sendo complementares e interdependentes.

Diretamente relacionada com a categoria descrita anteriormente surge a subcategoria **"Manutenção da viabilidade dos órgãos"** em que os participantes relacionam a qualidade dos cuidados de enfermagem, nos quais está implícita a monitorização, com a viabilidade dos órgãos que serão utilizados para o transplante. Barros, Amaral e Costa (2012) consideram a estabilidade hemodinâmica da pessoa potencial dadora de órgãos como um dos principais focos de atenção por parte dos profissionais de saúde atendendo a uma melhor viabilidade dos órgãos. Uma melhor função dos órgãos, após o transplante, bem como um melhor prognóstico para o recetor advém de uma otimização do estado fisiológico do potencial dador (Caple & Ciasulli, 2014). Cavalcante et al. (2014) também verificaram que os enfermeiros do seu estudo relataram que as dimensões do cuidado dos enfermeiros ao potencial doador de órgãos dão indicativos de uma prática voltada para a manutenção hemodinâmica. Neste sentido, Santos, Massarollo e Moraes (2012) ressaltam a atuação do enfermeiro responsável por prestar o cuidado direto ao potencial doador de órgãos, tendo

importância basilar na mediação das repercussões fisiopatológicas, na monitorização hemodinâmica e na prestação de cuidados individualizados.

Importa referir que manutenção, por definição, consiste na abordagem clínica do potencial dador com o objetivo de manter os órgãos viáveis até à sua colheita para transplante, o que é indispensável devido à disparidade entre a procura de órgãos e o número de órgãos disponíveis para tal, o que constitui um problema universal (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2009). A manutenção deve ser iniciada depois do diagnóstico de morte cerebral e consiste em contrariar o trajeto natural dos acontecimentos para a preservação dos órgãos a transplantar, uma vez que a morte cerebral resulta na morte somática (Caple & Schub, 2014).

Por conseguinte, os objetivos da manutenção consistem em manter uma boa pressão de perfusão, manter a diurese, o equilíbrio hidroeletrólitico, a temperatura, prevenir e tratar as arritmias, as infeções, uma oxigenação adequada e corrigir as alterações de coagulação. Todavia, as dificuldades relacionadas com a manutenção dos potenciais dadores poderão ser superadas sob um olhar atento, sensibilização, competência e empenho dos enfermeiros, para além da existência de mecanismos de rede eficazes e da prática fundamentada na evidência. Deste modo, as ações de enfermagem específicas no cuidado ao potencial dador de órgãos são voltadas para a manutenção dos órgãos bem perfundidos para que estes estejam em condições de serem utilizados em transplantes, isto é, obter a manutenção do dador em ótimas condições a fim de conservar a boa função e o máximo número de órgãos e poder transplantá-los com êxito (Cabral, Oliveira, Lima, Cordeiro & Santana, 2009; Caple & Schub, 2014).

Estas duas subcategorias foram as essenciais e com maior significado a nível de comparação com estudos realizados desta temática, bem como conteúdo enunciado na revisão bibliográfica. Contudo, apesar de apresentarem menos unidades de significado que as anteriores, emergem aqui outras categorias que se consideram de extrema importância.

Intrínseca à profissão de enfermagem, a “**Presença permanente do enfermeiro”** com os doentes foi relatada pelos participantes, uma vez que o enfermeiro se encontra presente em todo o processo de manutenção do potencial dador até que este seja transferido do Serviço de Urgência. Como tal, se encontra presente nas várias etapas do processo, sendo a sua presença uma constante. Neste sentido, George & Gomes (2014) consideram a exigência de disponibilidade e preocupação pelo outro preponderante para entender a arte do cuidado. Consiste num processo dinâmico de movimento, aproximação e rompimento de barreiras que proporcionará um incremento

em termos de eficiência dos cuidados. Segundo os mesmos autores, os enfermeiros detêm uma vocação para a prestação de cuidados numa lógica de proximidade, devido à sua disponibilidade, visão holística e integrada que materializam no momento da realização das suas intervenções. Contrariamente, no estudo de Cavalcante et al. (2014), alguns enfermeiros referiram que não dão prioridade ao doente potencial doador de órgãos por considerarem que os outros doentes hospitalizados, com prognóstico de vida, são mais importantes. O facto do potencial dador de órgãos não possuir possibilidade de restabelecimento faz com que alguns enfermeiros se distanciem deles.

No supramencionado estudo, alguns enfermeiros reconhecem que o afastamento do cuidado ao doente potencial dador de órgãos resulta da não aceitação da condição do doente, associada à falta de maturidade profissional, pessoal e emocional do próprio enfermeiros (Cavalcante et al., 2014). O mesmo estudo destaca ainda que esta não proximidade não se deve à negligência que descuida o doente, mas por falta de preparação psicológica e emocional em lidar com a situação. Outros estudos encontraram resultados análogos no que diz respeito aos cuidados de enfermagem a este tipo de doente, onde ficou demonstrado que em alguns casos o potencial dador de órgãos recebe menos atenção e cuidado por parte da equipa de enfermagem (Guido, Linch, Andolhe, Conegatto, Tonini & Santos, 2009; Massarollo & Moraes; 2012), o que não foi corroborado no presente estudo, atendendo ao facto de os participantes referiram que estão presentes em todo o processo de manutenção do potencial dador até ao momento em que este seja transferido do Serviço de Urgência, sugerindo que os enfermeiros entrevistados se encontram presentes nas várias etapas do processo, cuja presença é uma constante.

O facto de só dois participantes valorizarem a **“Dignidade da pessoa”** na manutenção do doente, mesmo após a sua morte, considera-se que se poderá justificar com o facto de que esse direito à dignidade é comum a todo o tipo de utentes de quem se cuida. No entanto, sendo esta uma situação excecional de extrema complexidade, não só para a equipa multidisciplinar, mas também para a família, entende-se que a prevalência da dignidade é fundamental aquando a prestação de cuidados a estes doentes, que não devem ser vistos como um “objeto” que não necessita de cuidados. Devem ser vistos na sua totalidade e na condição que lhes é própria de ser humano, inseridos num contexto social, familiar e cultural, ou seja, tem de se olhar os potenciais dadores de órgãos para além do corpo, numa visão biopsicossocial (Pestana, Erdmann & Sousa, 2012).

Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (CDOE) (Artigo Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro): "As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro". A manutenção do respeito e dignidade da pessoa, mesmo após a sua morte é de extrema importância (*Intensive Care Society*, 2005).

Os indicadores nesta subcategoria direcionam igualmente para o facto de, por vezes, existir uma transmissão inadequada de informação. Considera o CDOE relativamente ao direito do sigilo (Artigo 106º da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro): *"Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos "*.

Desta forma, o enfermeiro deve ter bem presente o conhecimento de boas práticas éticas relacionadas com a preservação da dignidade do potencial dador de órgãos, pois, de acordo com Cantwell e Clifford (2000), as atitudes dos profissionais de saúde nestes casos influenciam o comportamento das famílias.

Após constatar-se a importância indubitável do enfermeiro na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, emerge a categoria: **dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos**.

Após a análise das unidades de registo dos participantes, surgem algumas contrariedades na discussão dos resultados obtidos, devido ao facto da remota existência de estudos nesta temática relativamente aos serviços de urgência.

A primeira subcategoria que surge é a **"Dotação de enfermagem insuficiente**". Sendo o potencial dador de órgãos uma pessoa em situação crítica, todos participantes mencionam um défice de recursos humanos a nível do Serviço de Urgência dos CHUC, que dificultam o processo de cuidar destes doentes. Cordeiro (2009) considera os profissionais de saúde são o mais importante recurso existente numa organização hospitalar, sendo que o êxito das suas ações depende, em grande parte, da eficácia e qualidade do seu desempenho. Na mesma linha, Nantsupawat, Srisuphan, Kunaviktikul, Wichaikhum Aungsuroch e Aiken (2011) estudaram o impacte do ambiente de trabalho na qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros num serviço de urgência, cujos resultados da análise demonstraram que existe uma disparidade de rácio: 1 enfermeiro/10 doentes. Esta disparidade do rácio enfermeiro/doente foi associada ao aumento de 4% de possibilidade de os enfermeiros relatarem menor qualidade da assistência de enfermagem. Aiken, Cimiotti, Sloane, Smith e Neff (2011) e Needleman, Buerhaus, Pankratz, Leibson, Stevens e Harris

(2011) referem que os ambientes de trabalho mais favoráveis, ou seja, com um rácio de doentes por enfermeiro baixo e com um nível de formação dos enfermeiros elevado se associam a um aumento significativo de qualidade de cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros surgem como os elementos da equipa de saúde habilitados com um portefólio de competências, entendidas como um conjunto de comportamentos que englobam conhecimentos, habilidades e atributos pessoais essenciais para prestarem cuidados de qualidade (Freitas & Parreira, 2013). Contudo, essa qualidade nem sempre é fácil obter, uma vez que depende se as organizações trerem recursos materiais, técnicos e humanos adequados para que os enfermeiros consigam cumprir a sua missão (Cordeiro, 2009).

O facto dos enfermeiros se encontrarem perante uma sobrecarga constante, segundo o *Internacional Coucil of Nurses* (ICN) (2007), leva a que o ambiente de trabalho seja pouco saudável, podendo mesmo culminar na exaustão emocional, insatisfação profissional, síndrome de *burnout*, entre outras, o que é corroborado com o estudo de Nantsupawat et al. (2011), onde 41.0% dos enfermeiros revelou níveis elevados de *burnout*, 28% dos enfermeiros estavam insatisfeitos com o seu trabalho e 27% avaliaram a qualidade dos cuidados de enfermagem como regular ou má, devido à sobrecarga de trabalho e disparidade do rácio enfermeiro/doente.

Aiken, Sloane, Bruyneel, Heede e Sermeus (2013), com base na sua investigação, afirmam que os fatores envolvidos na prestação de cuidados de qualidade por parte dos enfermeiros consistem: na elevada carga de trabalho e na falta de conjugação de competências. Constataram percentagens consideráveis de enfermeiros que estavam dispostos a deixar os seus empregos e relativamente àqueles que se encontram preocupados com a gestão de força do trabalho e com os recursos humanos, materiais e técnicos. No estudo de Jesus, Roque e Amaral (2015), os enfermeiros relataram que os fatores mais críticos, no que se refere às características organizacionais, são a desadequação de recursos humanos e materiais, apontando a falta de enfermeiros na equipa, o que dificulta uma prestação de cuidados de qualidade. Neste âmbito, o CDOE (Artigo 75º, nº2, alínea c) diz que "os enfermeiros têm direito a usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pelo deontológico da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de Enfermagem de qualidade".

A subcategoria **"Permanência do potencial dador na Sala de Emergência"** foi a que obteve, depois da anterior, mais unidades de significado, referida por seis participantes.

A sala de emergência do Serviço de Urgência dos CHUC Polo A contém cinco camas e está destinada a receber pessoas em situação crítica. Contudo, a dotação de enfermeiros nesta sala é de dois enfermeiros fixos, podendo em situações que o exigem devido à elevada afluência de utentes a esta sala, ser chamado um terceiro enfermeiro para colaborar na prestação de cuidados.

Os participantes referem esta como uma das maiores dificuldades porque a permanência do potencial dador na sala de emergência, devido à elevada necessidade de cuidados imediatos e diferenciados que estes doentes carecem, poderão estar comprometidos com o facto de coexistirem no máximo cinco doentes críticos, que exijam cuidados idênticos.

O concelho de Administração dos CHUC-HUC aprovou as Normas de Execução Permanente (NEP) relativamente à colheita de órgãos no polo HUC dos CHUC, publicadas no Boletim da direção emitido a 20 de Setembro de 2012. O boletim que ilustra essas normas é apresentado em Anexo 2

As NEP são um instrumento regulamentar, que visa a manutenção a operacionalidade de todo o processo de colheita de órgãos, e ajuda a definir condutas quando identificados possíveis e potenciais dadores de órgãos. Mantêm reunidas as condições materiais e recursos humanos, de modo a satisfazer a qualidade exigida na vigilância, monitorização e suporte das funções nestes quadros clínicos específicos, com vista à atenuação da já identificada exponencial carga de trabalho subjacente.

Relativamente ao serviço de urgência, as Normas de Execução Permanente (NEP, 2012) preconizam que

> se um possível ou potencial dador já estiver a ser tratado na sala de emergência, poderá permanecer excecionalmente nesta sala por um período máximo de 24h, devendo ser transferido para a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) ou para o Serviço de Medicina Intensiva no mais curto prazo, se previsivelmente a evolução clinica-neurológica assim o indicar.

Esta decisão é salvaguardada neste mesmo documento “Logo que a deterioração da situação clinico-neurológica o exigir e haja lugar a terapêuticas de suporte de funções vitais de potencial dador, a equipa de enfermagem deve ser reforçada”.

O cumprimento destas NEP, sobretudo no que se refere ao reforço da equipa multidisciplinar, neste caso de enfermeiros, raramente é verificado, porquanto a disponibilidade destes para a realização de turnos extraordinários é diminuta.

Considerando uma existência na assimetria dos cuidados de enfermagem, principalmente por um défice na formação relativamente à temática, alguns dos

participantes relataram um **“Défice de conhecimento”** que pode levar a uma disparidade dos cuidados prestados a estes doentes.

A este propósito faz-se referência a Mcphail, que considera que

> Os Enfermeiros de Urgência, ao contrário de outros grupos de especialidade de Enfermagem, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e de tratamento (2011, p.6).

Como tal, o investimento dos profissionais de enfermagem na procura do saber-saber, do saber-fazer e do saber-ser, torna-se bastante importante, principalmente no serviço de urgência, muito mais que noutros serviços hospitalares, pois espera-se que os enfermeiros possuam um vasto leque de conhecimentos, de práticas e de habilidades relacionais para trabalhar em equipa (Azinhaga, 2014). Quando se fala de competências, por norma, emergem várias expressões, nomeadamente “integração”, “saber, saber fazer e saber ser”. Segundo Le Boterf (2005), a competência não se constitui como um conjunto de resultados observáveis, sustentado num desempenho, todavia, o desempenho pode assumir-se como uma demonstração de uma competência.

Ainda na perspetiva da autora citada, a competência relaciona-se com uma ideia de ação, sem que se confine à mesma, uma vez que se isso acontecesse, estar-se-ia a reduzir a noção de competência a uma mera atividade. A competência associa-se a uma ideia de integração de conhecimentos, capacidades e atitudes, não se referindo ao somatório de saberes e/ou conhecimentos, saber fazer e/ou capacidades e saber ser e/ou atitudes, pelo contrário, deve assentar numa perspetiva holística da atividade intelectual (Le Boterf, 2005). Por outro lado, a competência está relacionada com a ideia de situação, com um grau de complexidade. Uma pessoa competente age perante uma ação, percebendo o porquê de como age.

Tendo em conta estes pressupostos, considera-se que um profissional competente consiste naquele que é capaz de agir com pertinência numa dada situação, bem como compreende o porquê de como agir. Deste modo, deve ter a compreensão da situação sobre a qual intervém e a forma como o faz (Le Boterf, 2005). Esta perceção das situações e o conhecimento de si próprio pressupõem que o profissional competente tenha um distanciamento necessário de modo a poder refletir sobre as suas práticas profissionais e, por conseguinte, poder melhorá-las. O processo de reflexividade não se restringe unicamente à mera reprodução de como se age ou dos recursos que se utilizam na prática clínica, mas também fazer uma reconstrução da realidade vivenciada, o que contribuirá para a construção do profissionalismo, que se pretende

que esteja fundamentado num modelo rigoroso, assente no que se entende por agir com competência, como defende Le Boterf (2005).

Transpondo este enquadramento teórico para a profissão de enfermagem, definida como sendo a profissão da área da saúde cuja finalidade passa por prestar cuidados de enfermagem ao ser humano e aos grupos sociais em que ele está integrado, são ou doente, ao longo do ciclo vital, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ministério da Saúde, 2015, Decreto-Lei nº156/2015, p.8061) pode evidenciar-se a importância das competências para a profissão, competências científicas, técnicas e humanas que garantam a qualidade dos cuidados prestados, sobretudo quando se trata de um serviço de urgências.

A resposta do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica face a cada situação é uma ferramenta que tende a cuidados de enfermagem de qualidade. Como refere Benner (2005, p. 24) "os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas".

Perante a especificidade do serviço de urgência e das situações de emergência, os enfermeiros deverão possuir formação específica nesta área de atuação, que é o cuidar do doente crítico. Esta formação deverá ser teórico-prática de modo a colocar os profissionais em contexto de formação o mais próximo de uma situação real possível (Nunes, 2007). A lacuna da ausência de formação contínua, transversal a muitos enfermeiros, segundo o estudo de Oliveira e Martins (2013), exige um esforço para a tentar colmatar através da autoformação dos enfermeiros. No entanto, este procedimento poderá ser gerador de insegurança face a uma situação de emergência. A formação contínua dos enfermeiros é fundamental, porque permite que este se mantenha atualizado a nível de conhecimentos, que se reflete numa melhor prestação e adaptação aos contextos de trabalho.

No contexto do serviço de urgências, o saber-fazer deve ser mobilizado de forma correta, rápida e objetiva, nunca descurando a qualidade de cuidados a serem prestados, onde a resolução das necessidades podem implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente ou à família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais (Patrick, 2011).

Os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência têm, assim, de estar devidamente preparados, capacitados e contextualizados, na medida em que os

utentes/clientes e famílias são cada vez mais exigentes e informados. Por ser verdade, os indivíduos que recorrem a este tipo de estruturas/serviços não dependem, somente, de uma disponibilização tecnológica mais avançada, mas também de respostas humanas capazes de responder às suas necessidades (Moreira, 2010).

Após efetuarmos o levantamento das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros, consideramos as sugestões dos participantes de modo a delinear as **Estratégias utilizadas na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos**, que surge como a terceira categoria desta investigação.

A subcategoria referida por seis participantes **"Formação em Serviço"** foi a que obteve maior número de unidades de significado, daí a considerarmos relevante para colmatar as dificuldades enunciadas na categoria anterior.

O aperfeiçoamento e a atualização disciplinada dos conhecimentos, com vista a uma valorização dos profissionais, otimização de recursos e evolução qualitativa dos resultados, é uma obrigatoriedade no processo de evolução no seio de qualquer profissão. A profissão de enfermagem não é alheia a este processo evolutivo, preocupando-se cada vez mais em suplantar a necessidade de formar profissionais, cujos valores, atitudes e práticas suportem uma tomada de consciência, tornando-os autónomos, responsáveis e competentes, enquanto profissionais e cidadãos (Dias, 2004).

Lourenço e Mendes (2008) consideram que a formação base permite o exercício de enfermagem com alguma segurança e competência, sob o ponto de vista teórico e prático. Contudo, não é seguramente suficiente para responder aos desafios que surgem no quotidiano dos enfermeiros e que decorrem da constante evolução verificada no domínio tecnológico e científico.

Tanto a formação base como a especializada devem ser continuamente renovadas através de formação permanente, surgindo como uma estratégia de atualização de trabalho dinâmica, envolvendo todos os intervenientes. A formação em serviço é, então, aquela que se desenrola em simultâneo com a prática profissional, recorrendo ao conhecimento na ação e à reflexão sobre a ação (Dias, 2004).

Segundo o n.º 6 do Artigo 64º do Decreto-Lei 437/91, 8 novembro, "a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerando como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo."

Le Boterf (2005) considera que um plano de formação deve incluir algumas etapas pertinentes, sendo a primeira o levantamento e análise das necessidades de formação, importante para adequar os planos de formação às necessidades da instituição, formandos e utentes. Guetti & Marques (2007) referem que há uma tendência de menor investimento cuidativo por parte da equipa de enfermagem aos potenciais dadores de órgãos, sobretudo quando não há formação em serviço acerca da doação, o que pode inviabilizar, quando a mesma é formalizada, não havendo tempo nem condições ideais para a manutenção de certos órgãos.

Como podemos constatar, ao longo desta investigação, a presença de potenciais dadores no serviço de urgência assumiu uma percentagem significativa ao longo dos últimos três anos. Como tal, analisando o conteúdo das análises das unidades de significado sugere-nos a pertinência de incluir a temática "manutenção do potencial dador de órgãos" no plano de formação do serviço em estudo.

A **"Dotação Segura"** surge como a segunda estratégia expressa pelos participantes tendo em conta as unidades de significado, sobretudo devido à elevada complexidade em torno da prestação de cuidados de enfermagem a este tipo de doentes, aliada a um défice de enfermeiros insuficiente para a suprimir.

Nesta sequência surge a necessidade de definir dotação segura. Segundo Frederico e Leitão (1999) trata-se de "estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades do pessoal de enfermagem, para prestar cuidados a um determinado grupo de clientes". Por quantidade entende-se número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral e por qualidade temos a experiência/formação dos enfermeiros, sendo que se isto se verificar, temos uma das condições favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Dotações seguras são essenciais para as exigências dos ambientes de trabalho contemporâneo, pois os ambientes inseguros incluem uma pressão e stresse emocionais aumentados resultantes de diversas preocupações, tais como: segurança profissional, segurança no local de trabalho, apoio dos gestores e colegas, controlo sobre a prática, horário de trabalho, liderança e dotações inadequadas (ICN, 2006).

Em ambientes favoráveis à prática, haverá efeitos benéficos quer na prestação de cuidados quer no desempenho do enfermeiro. Assim, um ambiente de trabalho saudável é um ambiente para a prática que maximiza a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, resultados de qualidade para os doentes e desempenho organizacional (ICN, 2007).

Neste sentido, Cordeiro (2009) afirma que é necessário obter a dotação do pessoal de enfermagem para efetuar uma previsão do número de enfermeiros necessários para prestar cuidados de enfermagem nas diversas unidades, de acordo com a capacidade, a complexidade dos cuidados e modo de organização dos mesmos. Sendo por isto mesmo que se torna tão difícil quantificar.

A corroborar o supracitado, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006) defende que as dotações necessárias para a prestação de cuidados seguros vão para além de uma simples contabilização de números, sendo necessário incluir outras variáveis, tais como: carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação do enfermeiro, combinação do pessoal de saúde, eficiência e eficácia em termos de custos e ligação aos resultados dos doentes e de enfermagem.

Esta dotação relativamente ao rácio enfermeiro-doente, após identificado um potencial dador de órgãos, poderia ser normalizada partindo do pressuposto que as NEP assim o indicam. No entanto, segundo os participantes não se verifica, levando a um aumento no volume de trabalho que poderá dificultar o cuidar destes doentes, podendo comprometer a viabilidade dos órgãos para transplante.

O **"Envolvimento dos Enfermeiros Especialistas"** foi enunciado por dois participantes que, face à instabilidade hemodinâmica que muitos destes doentes apresentam, realçam que a presença de um enfermeiro especialista no decorrer deste processo poderia ser benéfica, devido à formação diferenciada que adquiriram.

Segundo o Regulamento nº 122/2011 (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - RCCEE),

> Especialista é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis altos de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Nesta situação em especifico, tendo sido referida por um dos participantes, os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica seriam os mais propensos, uma vez que a sua formação foi direcionada para o cuidar do doente crítico, com competências regulamentadas.

De acordo com o Regulamento nº 124/2011 (RCEEEEPSC),

> O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

De acordo com o mesmo Regulamento, estão definidas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica:

Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à acção;
Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Consideramos, então, que face às competências comuns aos enfermeiros, estes deveriam estar presentes no processo de manutenção de potenciais dadores de órgãos, e como foi referido por um dos participantes, presentes na sala de emergência que é o local onde há a probabilidade de estes doentes surgirem e permanecerem.

Importa referir que no estudo realizado por Lima, Batista e Barbosa (2013) e por Freire, Oliveira, Bessa, Melo, Costa e Torres (2014) quase a totalidade dos enfermeiros consideraram ser qualificados para prestar os cuidados ao potencial dador de órgãos, no que refere às respostas obtidas sobre as etapas no diagnóstico de morte cerebral. No entanto, o mesmo estudo revela que o processo de doação não se verifica, nenhum profissional nomeou todas as etapas fundamentais para o diagnóstico de morte cerebral, manutenção e processo de doação, verificando-se que o conhecimento não condiz com a realidade citada. O despreparo da equipa, para além de gerar stresse profissional, sofrimento familiar, compromete a eficácia do processo, o que torna indispensável a presença de enfermeiros especialistas, bem como a necessidade de aperfeiçoamento, pois para além de possibilitar o aumento da oferta de órgãos e tecidos para transplantes, traduz-se em benefícios para a sociedade (Freire et al., 2014; Caple & Clasull, 2014).

A **"Criação de uma unidade cuidados específica"** para potenciais dadores de órgãos é apontada como uma hipótese para sustentar a prestação de cuidados aos potenciais dadores já com morte cerebral declarada. Apesar de os participantes não especificarem que tipo de unidade poderia eventualmente ser concebida, julgamos com a análise efetuada às unidades de significado que corresponderia a uma sala que se situasse entre o serviço de urgência e o serviço de medicina intensiva, com um número limitado de camas onde o foco de atenção fosse o potencial dador de órgãos e não pudesse ser perturbado por outros doentes em situação crítica.

A nível nacional, após uma vasta pesquisa, deparamo-nos com a inexistência a nível hospitalar de uma unidade deste tipo, bem como em estudos internacionais

consultados, sobretudo da União Europeia, ou seja, nenhum estudo mencionava a unidade em análise.

Isoladamente, a criação desta unidade não parece exequível sem que essa mesma unidade se encontre adjudicada a outro serviço, neste caso em específico ao serviço de urgência ou ao serviço de medicina intensiva.

A vasta experiência em serviço de urgência, leva-nos a crer que a implementação deste tipo de unidade incumbida ao serviço de urgência não é exequível, pois em termos de gestão de recursos materiais e humanos seria complicado de gerir, pois nem sempre estão presentes este tipo de doentes nos serviços de urgência e um serviço de urgência não se encontra vocacionado para o internamento do doente crítico, mas para a sua estabilização hemodinâmica e posterior transferência para outro serviço.

Desta feita, parece-nos mais plausível esta mesma unidade pertencer ao serviço de medicina intensiva, um serviço direcionado para o internamento do doente crítico. Este constitui uma área multidisciplinar e diferenciada dentro das ciências médicas caraterizada por uma constante evolução nos domínios da fisiopatologia, terapêutica e tecnologia. O seu objetivo principal consiste no suporte e recuperação de funções vitais, tornando possível o tratamento de patologias, assim como potenciar a qualidade de vida da pessoa em situação crítica (Ministério da Saúde, 2003). Os serviços de medicina intensiva, de acordo com DGS (2003, p. 6), são "locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos. Suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais".

Não existindo uma unidade específica para este tipo de doentes, a **"Articulação dos vários serviços intervenientes no processo** foi expressa por dois participantes como sendo importante na uniformização de procedimentos. Os serviços envolvidos neste processo, desde o serviço em que se encontra o potencial dador, neste caso o serviço de urgência, constituirá o elo de ligação com os demais envolvidos no processo.

Matos, Requião-Moura, Clarizia, Durão Junior, Tonato et al. (2015) referem que não se podem perder dadores, pelo que tem de haver articulação dos vários serviços intervenientes no processo, constituindo, deste modo, como um indicador de qualidade.

Os participantes consideram integrantes neste protocolo de atuação uma clarificação dos procedimentos de enfermagem de cada um dos serviços envolvidos no processo,

referindo neste caso específico o GCCOT dos CHUC, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e o Bloco Operatório (BO).

Consideramos o contacto com o GCCOT a mais influente neste processo numa fase inicial, na medida em que este gabinete atua segundo padrões técnico-científicos comuns. Sendo a atividade das equipas de transplantação caracterizada por elevados níveis tecnológicos e exigindo, simultaneamente, uma formação técnica e científica de elevado grau por parte de todos os elementos, o GCCOT permite aperfeiçoar as condições organizativas, a fim de maximizar a eficiência dos procedimentos técnicos e rentabilizar socialmente os recursos materiais e financeiro investidos.

Sendo este um procedimento imprescindível para a estabilidade hemodinâmica do potencial dador de órgãos, a lógica da sua colocação num protocolo de atuação é inquestionável.

O **"Trabalho de equipa"** face às exigências do doente crítico em contexto de emergência é impreterível, uma vez que é impossível os profissionais de saúde trabalharem isoladamente, quer devido à complexidade das situações, devido ao volume de tarefas a executar em simultâneo, quer devido ao desenvolvimento tecnológico e à fragmentação de explosão do conhecimento (Pontes et al., 2008).

No estudo de Almeida, Carvalho e Cordeiro (2015), os enfermeiros relataram que o trabalho em equipa multidisciplinar se assume como um fator facilitador do cuidado ao potencial dador de órgãos, o que foi corroborado no presente estudo, onde dois participantes reiteraram a necessidade de haver entreajuda nas situações mais críticas, para manter o dador viável. De igual modo, Freire et al. (2014) verificaram, na sua investigação, que os doentes com morte cerebral requerem cuidados específicos por se tratarem de doentes gravemente instáveis, que necessitam, para além de um ambiente especializado para o tratamento intensivo das suas funções vitais e da manutenção dos órgãos, de recursos humanos que detenham conhecimentos sobre a fisiopatologia da morte cerebral, assim como dos cuidados específicos relativos à manutenção, objetivando a disponibilidade de órgãos para transplantes. Neste sentido, os enfermeiros do referido estudo reforçaram a importância da entreajuda da equipa multidisciplinar, que se quer eficiente e comprometida com o cuidado prestado ao potencial dador de órgãos e seus familiares.

No seio de uma equipa, os seus membros possuem um elevado grau de interdependência, e necessitam de colaborar uns com os outros, de adaptar a sua atividade e comportamento às necessidades e objetivos da equipa, sendo necessário

envolvimento, qualidade, uniformidade de atuação, informação, planeamento e atualização permanente (Pontes, Mendonça, Ornelas & Nunes, 2008).

Chaves (2004) menciona algumas condições necessárias ao adequado desenvolvimento de trabalho em equipa, também defendidos pela OMS, sendo estes válidos para as organizações de saúde:

- Partilha de objetivos comuns;
- Compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um;
- Existência de recursos humanos e materiais suficientes;
- Cooperação ativa e confiança mútua;
- Liderança adequada e eficaz;
- Rede de comunicação circular, aberta e multidirecional;
- Mecanismos de *feedback* de avaliação.

Desta forma, para uma melhoria na prestação de cuidados ao doente crítico, é fundamental que os profissionais de saúde saibam executar as suas atividades em interação com a equipa.

O **"Envolvimento da família"** foi referido por um número menor de participantes numa perspetiva de envolvimento da família em todo o processo. Como tal, a transparência para com a família é fundamental sobre as etapas que irão ser realizadas, bem como elucida-la sobre questões legais referentes à situação da doação de órgãos em doentes em morte cerebral.

Ainda neste âmbito, refere-se que dois participantes mencionaram a importância da **sensibilização dos familiares para o processo** quando se reportam às estratégias, alegando que seria relevante haver "alguma educação dos próprios familiares" acerca da importância da colheita de órgãos para a transplantação, sendo o primeiro passo a sua sensibilização para a necessidade da manutenção dos dadores e colheita de órgãos para salvar terceiro. Um dos entrevistados referiu que é imprescindível que "as pessoas se habituem a lidar com estas situações", sendo esta uma maneira também para que própria sociedade cresça e se torne mais evoluída no que se refere à doação de órgãos.

Intensive Care Society (2005) realça a importância da equipa de enfermagem no cuidado à família do potencial dador de órgãos, considerando a existência de necessidade de suporte psicológico para com os seus familiares, uma vez que são situações complexas e emocionalmente exigentes. Contudo, existem algumas barreiras que podem dificultar este apoio aos familiares, como um défice de

informação relativamente ao processo de doação de órgãos e à própria situação de morte cerebral (Caple & Schub, 2014).

Santos e Massarolo (2005) defendem que a abordagem da temática de morte cerebral e doação de órgãos não deve ser simultânea, sendo que após o esclarecimento sobre a situação de morte cerebral, deverá ser facultado tempo à família para interiorizar essa questão. Segundo os mesmos autores, antes de ser fornecida qualquer notícia sobre a doação de órgãos, deverá haver uma perceção sobre o estado emocional dos familiares, pois poderá comprometer a compreensão de toda a situação. Contudo, o tomar conhecimento da situação de doação poderá desencadear um fator de apoio e alívio, num momento em que o "dar" se confunde e transforma na continuidade de vida do ente querido, podendo proporcionar algum conforto e satisfação aos familiares.

São imprescindíveis as ações dos enfermeiros inerentes à manutenção do potencial dador de órgãos para que aguarde, em condições hemodinâmicas adequadas, a decisão familiar no que se refere à doação dos órgãos aproveitáveis (Guido et al., 2009). Por norma, a família apresenta-se fragilizada e necessita de cuidado e atenção por parte dos enfermeiros, na medida em que enfrenta um momento de dor, com o diagnóstico de morte encefálica e a perda de um ente querido (Rech & Rodrigues Filho, 2012). Na maioria das vezes, de acordo com os mesmos autores, essa morte ocorre de forma trágica e inesperada. Nesse momento, as dúvidas dos familiares devem ser desfeitas em todas as fases do processo, sendo indispensável que os enfermeiros estejam preparados adequadamente para atuar nesse processo. Por conseguinte, é possível estabelecer um vínculo entre o enfermeiro e a família, o que pode influenciar, positivamente, ou não, no momento da decisão pela doação de órgãos (Dalbem & Caregnato, 2010; Pessoa, Schirmer &, Roza, 2013). Neste contexto considera-se importante identificar elementos do processo de trabalho do enfermeiro junto do potencial dador de órgão e sua família, o que poderá interferir no processo de doação. O enfermeiro ocupa um lugar importante em todo este processo, cabendo-lhe igualmente acolher e cuidar da família do potencial dador de órgãos. A relação empática do enfermeiro junto do familiar pode ser um apoio relevante a essas pessoas, apesar de muitas vezes poder causar um desgaste emocional no próprio enfermeiro e se repercuta na sua prática profissional, podendo levá-lo, em muitos casos, ao afastamento desses momentos como forma de proteção (Cavalcanti et al., 2014).

Os cuidados para com os familiares dos potenciais dadores de órgãos são parte integrante deste processo, ajudando-os no seu processo de transição, como sustenta Meleis (2011). Como tal, os enfermeiros desempenham uma função importante, no

sentido da adaptação da família na criação ou identificação de estratégias, recursos, que lhe permitam ajudar a vivenciar o processo da potencial doação de órgãos do seu familiar. Por conseguinte, o enfermeiro precisa identificar o tipo de transições que a família está a vivenciar, o que lhe permitirá elaborar um plano de cuidados adequado às suas necessidades reais (Meleis et al., 2000). Contudo, constatou-se que os participantes do presente estudo não referiram a importância do enfermeiro na primeira categoria apresentada acima. Apenas dois enfermeiros a classificaram como uma dificuldade presenciada pelos enfermeiros em todo o processo, apesar de haver uma imensidão de variáveis no que diz respeito às famílias e aos próprios doentes, como por exemplo quando se trata de uma vítima jovem.

Diretamente relacionada com o trabalho em equipa surge a subcategoria **"Presença física do médico"**, pois este é um membro integrante no seio equipa multidisciplinar.

Na realidade do serviço em estudo, analisando as duas unidades de significado que surgiram nesta subcategoria, deparamo-nos com um contrassenso. Um dos participantes refere que o médico está sempre por perto e, deste modo, vai dando indicações de modo a garantir a estabilidade hemodinâmica do doente, sobretudo no que diz respeito à administração de fármacos. Contudo, o outro participante refere que o médico não se encontra sempre presente, tendo que ser alertado por via telefónica para a mais pequena alteração.

Bastos, Machado & Souza (2008, p. 154), em contexto de sala de emergência, defendem que "para além da manutenção da própria sala de modo a estar preparada para ser usada prontamente, parte das atividades executadas são da competência dos enfermeiros", e as exclusivas dos médicos requerem na sua maioria colaboração por parte dos enfermeiros.

Consideramos importante a presença física do médico, sendo este um membro da equipa multidisciplinar, sobretudo porque muitas das intervenções de enfermagem necessitam da sua prescrição, como é o caso da administração de fármacos. Existe, no entanto, outros procedimentos médicos, em que o apoio de enfermagem também assume um papel de relevo. Se nos depararmos com uma ausência prolongada do médico, qualquer foco de instabilidade hemodinâmico poderá não ser imediatamente revertido, comprometendo a viabilidade dos órgãos a transplantar.

A obtenção de cuidados especializados de enfermagem ao doente crítico no serviço de urgência necessita de uma estrutura organizacional específica, relativamente aos cuidados clínicos, bem como os recursos materiais e físicos. Sendo que quanto maiores as necessidades de um doente, maior a relevância da assistência planeada.

Neste sentido, emergiu da nossa investigação a categoria **sugestões para a elaboração de um protocolo (elementos a considerar)**, adstrita à variabilidade existente na prática clínica, com o objetivo primordial de uniformizar os cuidados de enfermagem, facilitando a tomada de decisão e reduzindo os riscos.

Numa primeira instância emerge a necessidade de reconhecer os "**Critérios de morte cerebral"** por parte da equipa de enfermagem, pois embora as realizações dos testes de morte cerebral não pertençam ao lote de competências do enfermeiro, será uma área onde o enfermeiro colaborará diretamente com o médico.

Barros, Amaral e Costa (2012) consideram o diagnóstico de morte cerebral um dos processos fundamentais no processo de doação de órgãos. Detém uma contextualização, Metodologia e enquadramento legal bem definido na literatura científica, tal como uma base legislativa e normativa própria. Depararam-se também com inexistência de controvérsias significativas sobre este tema, quer do ponto de vista científico, religioso ou ético.

Estes critérios constam num impresso institucional criado para o efeito, em que o seu preenchimento é uma das funções dos médicos responsáveis pelo doente.

A sua integração num protocolo de atuação poderia ser considerada, a título informático, de modo a que não existissem dúvidas relativamente à segurança e omissão deste processo, como foi referido por dois participantes.

"**Uniformização de procedimentos"** surge relacionada com a elaboração de protocolos, constituindo-se assim uma subcategoria, onde emergiram mais unidades de significado, tendo os participantes referido, grosso modo, que não sendo um protocolo rígido de atuação igualmente rígida seria mais eficaz a monitorização, sem que se descore qualquer situação, assumindo-se, por conseguinte, num eficaz indício de manutenção da qualidade dos cuidados. Importa referir que um dos entrevistados considera que, embora existem algumas assimetrias na prestação de cuidados aos potenciais dadores de órgãos, a uniformização dos procedimentos e formação assume-se como um dos pontos da prestação de cuidado a estes doentes. Outro entrevistado considera que seria ideal se estivesse tudo registado, onde estivessem protocolados todos os passos do processo, permitindo uma maior capacidade de resposta por parte de toda a equipa multidisciplinar, ou seja, a uniformização de procedimentos tornaria todo o processo mais prático, deixando de ser tão empírico. São ainda de opinião que os protocolos devem ser usados com muito critério, permitindo que a equipa atue uniformemente e com o mesmo objetivo, com a finalidade de melhorar a eficiência e eficácia dos cuidados prestados a estes doentes.

Uma adequação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico num serviço de urgência, tendo em conta a sua instabilidade hemodinâmica, reflexo de uma situação complexa, pressupõe uma assistência de enfermagem sistematizada e planeada.

Assim, no que se refere à **"Criação de protocolos de atuação"** as unidades de registo dos participantes deixam transparecer a ideia de que seria uma ação benéfica para que exista uma uniformização de procedimentos no cuidar dos potenciais dadores de órgãos, o que corrobora a subcategoria anterior.

Pinto (2013), considera a variabilidade clínica uma realidade cada vez mais estudada e demonstrada internacionalmente, sendo transversal a diversos níveis, comparando países, regiões, serviços de saúde, equipas e a nível individual. Para colmatar atuações que não adequam à boa prática clínica, considera fundamental a implementação de protocolos de atuação de modo a uniformizar os cuidados de enfermagem, diminuindo o tempo de atuação e melhorando a eficácia dos cuidados prestados. Segundo o mesmo autor, assume extrema importância a implementação de protocolos de atuação de modo a uniformizar os cuidados de enfermagem, diminuindo o tempo de atuação e melhorando a eficácia dos cuidados prestados. Neste sentido, enumera as seguintes vantagens na aplicação dos mesmos: facilitador da tomada de decisão; minimizam a incerteza e permitem uma redução na variabilidade da prática clínica; melhoram a qualidade assistencial no domínio da eficiência, satisfação e efetividade; racionalização do uso de recursos; diminuem o risco.

Ainda no âmbito das sugestões para a elaboração de um protocolo surge a **"Administração de fármacos",** uma subcategoria que reuniu seis unidades de registo, tendo um dos participantes referido que se deveria protocolar a fluidoterapia para controlo de parâmetros vitais. Outro participante considera que ao protocolar-se a administração de fármacos estar-se-ia em direção a uma atuação mais autónoma do enfermeiro no ajustamento de alguma medicação e adequação de alguns fármacos. Ainda segundo outros entrevistados, apesar de haver sempre prescrição médica, com o protocolo, os enfermeiros têm conhecimento do parâmetro do qual devem partir, de modo a permitir-lhes administrar determinadas medicações. Seria também ideal que se protocolem determinados fármacos para combater uma diurese excessiva, aumentar ou diminuir os inotrópicos. Foi relatado igualmente que, em termos de medicação específica desta área deveria constar de um protocolo, atendendo às características de cada pessoa, com formas de reagir aos fármacos e às manobras.

A **"Transmissão de informação à família"** é também um dos tópicos apontados por três participantes ao nível das sugestões para a elaboração de um protocolo, tendo

referido como importante a questão da informação aos familiares, o envolvimento da família na decisão de parar com as medidas terapêuticas para manter a pessoa viva, bem como realçaram a importância de permitir à família de se despedir do seu ente querido, com critérios, com um ambiente calmo, tranquilo. Todavia, salvaguardaram que, por vezes, a sala de emergência não o permite. Um dos participantes mencionou que a intercomunicação com a família é um fator a ter em conta, uma vez que, por vezes, não é avisada atempadamente acerca da situação.

Como já referimos anteriormente, o potencial dador em morte cerebral é um doente com elevados critérios de instabilidade hemodinâmica, sendo primordial a sua estabilização bem como dar início ao processo de articulação com o GCCOT, sobretudo para confirmar inscrição do doente no RENNDA para que a informação à família seja clara e indubitável.

No decorrer deste processo deverá ser proporcionado à família apoio emocional, dado que se inicia um processo de luto estando presente a necessidade de apoio especializado (Santos & Massarollo, 2005).

Toda esta situação é bastante dolorosa para a família e amigos, não sendo fácil a comunicação perante a situação de perda, dor e impotência. Como tal, consideramos que a abordagem aos familiares ou pessoas significativas deverá ser realizada segundo o protocolo de SPIKES. Este protocolo foi desenvolvido para a transmissão de más notícias a doentes com cancro, no entanto, é passível de ser aplicado a outro tipo de doentes/família. Este protocolo é constituído por seis etapas:

- O planeamento (procurando alguma privacidade, juntar pessoas significativas, sentar-se, manter o contacto visual, informar de quaisquer restrições de tempo que se possa ter);
- A avaliação da perceção do doente/familiar;
- O convite (“como gostaria que o informasse dos resultados dos exames”);
- O dar conhecimento da situação (“infelizmente não tenho boas notícias para lhe dar”);
- A abordagem das emoções dos doentes/familiares com respostas afetivas;
- A estratégia e o resumo (Buckman, 2005).

Segundo o autor supracitado, são várias as estratégias comunicacionais que podemos utilizar, sendo por vezes o silêncio bastante relevante. Devemos também ter em atenção as expressões faciais, gestos, postura ao transmitir a notícia e conversas alheias á situação, em ambientes de luto. O local em que será transmitida a notícia

deverá ser munido da máxima privacidade possível, contendo um ambiente calmo e acolhedor (Caple & Schub, 2014).

Neste âmbito faz-se referência ao estudo de Moraes e Massarollo (2006), que teve como objetivo conhecer a perceção dos familiares de potenciais dadores de órgãos sobre o processo da tomada de decisão para recusar a doação de órgãos e tecidos para transplante. Após a análise dos discursos dos familiares participantes, as categorias que emergiram revelaram que a essência do fenómeno vivenciada como uma situação de choque e desespero que começou com a hospitalização do familiar, desconfiança perante a solicitação da doação dos órgãos, negação da morte cerebral, sofrimento e desgaste perante a perda do ente querido, os conflitos familiares para a tomada de decisão e as múltiplas causas para a recusa da doação. Deste modo, assume grande relevância o conhecimento destes fatores para que se possa nortear a atuação dos enfermeiros junto dos familiares de potenciais dadores de órgãos. O mesmo estudo revela que, antes de receber a informação sobre o estado do seu ente querido, há o reconhecimento, pelos familiares, da gravidade da situação. A perceção da proximidade da morte do familiar assume-se como motivo de desespero para a família, por não se sentir preparada para aceitar a perda do ente querido. A notícia da gravidade aumenta o sofrimento dos familiares.

Assim sendo, é importante não descorar a família do doente em situação crítica, pois como referem Sá, Botelho e Henriques (2015), a família do doente em situação crítica manifesta "frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional. A mudança num dos membros do sistema familiar, através do impacto da doença, produz modificações nos outros membros da família" (p.33). Deste modo, as mesmas autoras expõem o facto de se ter um familiar em situação crítica pode despoletar na família um elevado nível de stresse, "exigindo-lhe a mobilização de competências e recursos, frequentemente, até à data desconhecidos (p.33). Como tal, não se pode relegar para segundo plano as necessidades manifestadas pela família do doente em contexto de cuidados críticos, no caso concreto de potenciais dadores de órgãos, o que requer uma maior valorização por parte dos enfermeiros.

Como "gente que cuida de gente", o enfermeiro tem de estar disponível para aceitar perder tempo, para ouvir atenta ou silenciosamente o que o doente lhe quer transmitir. Tem que escutar ativamente, ou seja, a escuta ativa requer uma atenção constante e total, bem como uma sensibilidade e perceção apuradas para que se consiga ouvir o que a família diz, mas sobretudo "o que ela não diz" (Riley, 2004). Para ser um comunicador eficaz, o enfermeiro tem que possuir conhecimentos teóricos e tem que saber utilizar técnicas de comunicação. As atitudes do enfermeiro têm que ser

positivas no sentido de produzirem um efeito tranquilizador e redutor na cascata de emoções negativas vivenciadas pela família perante o confronto com a situação crítica em que se encontra o seu ente querido. A utilização de uma comunicação terapêutica permite ao enfermeiro planear, implementar e a avaliar os cuidados de enfermagem, numa relação de parceria com a família, tornando-se esta também o centro da sua atenção. Daí, o enfermeiro necessitar de grande capacidade de observação e habilidades de comunicação para permitir a expressão verbal dos familiares do doente em situação crítica e ser capaz de interpretar a sua comunicação não-verbal.

Face ao exposto, consideramos que a integração da família no protocolo de atuação é bastante relevante e que deveria respeitar o protocolo de SPIKES, de modo a que fosse uma atuação uniforme a todos os enfermeiros, com o objetivo de tentar atenuar a dor sentida pelos familiares nesta situação de perda extremamente complexa.

Os **"Registos de Enfermagem"** foram também indicados como uma das medidas a ter em conta para a elaboração de um protocolo, por parte de dois participantes, segundo os quais, seria importante registar todos os sinais vitais, de modo a que os mesmos ficassem protocolados de forma mais sistematizada. De acordo com um dos participantes, os registos "ficam um bocadinho ao critério de cada um dos enfermeiros". Sugere que estes registos deveriam ser standardizados, com folha própria ou com parâmetros específicos para que cada enfermeiro possa proceder à avaliação, verificar o horário de acordo com os parâmetros, tornando-se num procedimento mais *standard* e menos falível.

Neste sentido refere-se Silvestre (2012) que faz alusão à objetividade, exatidão, organização e atualização dos registos de enfermagem. No estudo que realizou, constatou a duplicação de registos, a nível de planos de cuidados e notas de enfermagem. Defende também que a informatização dos registos de enfermagem é um veículo para o desenvolvimento da investigação em enfermagem, sobretudo na parte da colheita de dados**.**

Desta forma salientamos a sua interligação com o GCT CHUC, o serviço de medicina intensiva caso o doente seja transferido para continuidade de tratamento e o bloco operatório que neste processo será o destino final desse potencial dador de órgãos. O fortalecimento desta interligação é importante na medida de uniformizar procedimentos transversalmente aos serviços envolvidos, de modo a permitir uma continuidade de tratamento a estes doentes.

Após a interpretação dos resultados com base nos referenciais teóricos, importa destacar as principais conclusões do estudo que passamos a apresentar de seguida.

CONCLUSÕES

Concluir um trabalho é uma tarefa difícil, seja qual for a sua natureza, porque há sempre muito mais para dizer. Contudo, fica a satisfação da sua realização, uma vez que contribui para o crescimento pessoal e profissional de quem o realizou.

Com o presente trabalhou pretendeu-se saber, entre outras dimensões estudadas, quais as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem, na manutenção do potencial dador de órgãos num serviço de urgência polivalente de um Centro Hospitalar, tendo-se, para tal, optado por um estudo qualitativo com recurso a uma entrevista semiestruturada aplicada a 7 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúgica, a exercer no Serviço de Urgência do CHUC-Polo A.

Os resultados da análise de conteúdo demonstraram que emergiram quatro categorias, nomeadamente: i) importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados, fazendo parte da mesma quatro subcategorias, vigilância, manutenção da viabilidade dos órgãos, dignidade da pessoa; ii) dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, da qual emergiram quatro subcategorias, designadamente: dotação de enfermagem insuficiente, permanência do potencial dador na sala de emergência, exigência na prestação de cuidados, défice de conhecimento; iii) estratégias propostas para uma eficaz prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, fazendo parte da mesma dez subcategorias: formação em serviço, dotação segura, uniformização de procedimentos, criação de protocolos de atuação, envolvimento dos enfermeiros especialistas, criação de uma unidade cuidados específica, articulação dos vários serviços intervenientes no processo, sensibilização das pessoas para o processo de doação, envolvimento da família, trabalho de equipa e presença física do médico; iv) sugestões para a elaboração de um protocolo, cujos elementos a considerar resultaram em seis subcategorias, critérios de morte cerebral, articulação com outros serviços, monitorização da administração de drogas, família e registos de enfermagem.

Constatou-se que, ao nível da importância atribuída pelo enfermeiro à prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, os participantes referiram a manutenção de

um estado hemodinamicamente estável do doente, mencionando especialmente a monitorização e interpretação dos parâmetros vitais, estando diretamente relacionada com a manutenção da viabilidade dos órgãos, o que foi associado à qualidade dos cuidados de enfermagem, onde está implícita a monitorização, com a viabilidade dos órgãos que serão utilizados para o transplante.

Apurou-se também que os participantes atribuem muita importância ao contacto entre os grupos profissionais para a agilização do processo de manutenção do potencial dador de órgãos. Consideraram que os serviços envolvidos neste processo, desde o serviço em que se encontra o potencial dador, neste caso o serviço de urgência, constitui-se como o elo de ligação com os demais envolvidos no processo.

Quanto às dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos, os mesmos indicaram a dotação de enfermagem insuficiente, tendo mencionando um défice de recursos humanos a nível do Serviço de Urgência dos CHUC, o que dificulta o processo de cuidar destes doentes. Indicaram igualmente um défice na formação relativamente à temática, que pode levar a uma disparidade dos cuidados prestados a estes doentes. Ressalvaram que, por vezes, assume como uma tarefa complexa a sensibilização dos familiares para o processo.

Reconheceram a necessidade de formação dos enfermeiros para a manutenção do potencial dador de órgãos, sobretudo face à instabilidade hemodinâmica que muitos destes doentes apresentam, tendo realçado a presença de um enfermeiro especialista no decorrer deste processo, atendendo à formação diferenciada que possui.

Todos os participantes consideraram viável a realização de um protocolo de cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos, o que, segundo os seus testemunhos, deve contemplar os critérios de morte cerebral por parte da equipa de enfermagem, uma vez que, embora as realizações dos testes de morte cerebral não pertençam às competências do enfermeiro, será uma área onde o enfermeiro colaborará diretamente com o médico. Sugeriram a uniformização de procedimentos, o que se traduzirá numa ação benéfica para que haja uma uniformização de procedimentos no cuidar dos potenciais dadores de órgãos. Outra sugestão foi ao nível da administração de fármacos, devendo protocolar-se a fluidoterapia para controlo de parâmetros vitais, bem como certos fármacos para combater uma diurese excessiva, aumentar ou diminuir os inotrópicos, ou seja, consideram que a medicação específica desta área deveria constar de um protocolo, atendendo às características de cada pessoa, com formas de reagir aos fármacos e às manobras. Outra sugestão refere-se à transmissão de informação à família, devendo estar protocolado o envolvimento da família na

decisão de parar com as medidas terapêuticas para manter a pessoa viva, tendo igualmente realçado a importância de possibilitar à família despedir-se do seu ente querido, com critérios, com um ambiente calmo, tranquilo. Uma outra das medidas a ter em conta para a elaboração de um protocolo foi os registos de enfermagem, assumindo importância o registo de todos os sinais vitais, para que os mesmos ficassem protocolados de forma mais sistematizada.

Face ao exposto, concluiu-se que o enfermeiro no processo de doação de órgãos desempenha um papel importante junto do potencial dador e da sua família. O papel e a responsabilidade deste profissional são variadas, apesar de ainda existirem dificuldades, os mesmos consideram viável a elaboração de um protocolo. Os participantes referiram ainda necessidade da presença de enfermeiros especializados e de formação para o desenvolvimento de competências profissionais no processo de doação de órgãos.

Importa referir que a deteção precoce de um potencial dador de órgãos se assume de grande importância, sendo que a pessoa que morre no serviço de urgência poderá ser considerada um potencial dador de órgãos, competindo às equipas do serviço, detetar e referenciar estes doentes ao Coordenador Hospitalar de Doação, tendo igualmente em consideração todos os cuidados para se manter as funções vitais do dador. Deste modo, importa considerar e avaliar todos os potenciais dadores.

Os resultados encontrados têm implicações práticas, nomeadamente melhorar a prestação de cuidados, uniformizar os cuidados de enfermagem a esses utentes e à família. Na qualidade de enfermeiro especialista, pondera-se a implementação de um projeto no serviço em questão, desenvolvendo um guia de boas práticas aos potenciais dadores de órgãos, bem como desenvolver uma formação em serviço sobre o tema.

Termina-se reiterando o papel ativo do enfermeiro especialista como cuidador destes doentes, bem como no apoio à família, identificando continuamente as dificuldades e tentar superá-las, sobretudo as que possam surgir aos elementos mais novos que integram a equipa no serviço.

Inerente à natureza de estudos descritivos e exploratórios, o número de participantes é limitado e não se podem generalizar os resultados. Deste modo, sugere-se a realização de um estudo quantitativo com base nos resultados deste estudo, construindo-se um instrumento de medida e aplicá-lo à restante equipa, a partir do

qual se poderiam obter novos resultados. Outra sugestão refere-se à replicação deste tipo de estudo noutros contextos de urgência.

No que se refere às implicações práticas deste estudo, considera-se que seria importante apresentar os resultados à equipa de enfermagem do *locus* de estudo; criação de um protocolo com base no estudo, adaptando os resultados do estudo no requerimento próprio da instituição; maior investimento na formação dos enfermeiros nesta área; melhoria da qualidade dos cuidados ao potencial dador de órgãos; melhor organização/dotação da equipa de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, M. J. et al. (2006). *Protocolo para manutenção dos dadores multiorgânicos e colheita de órgãos*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143-153. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L. & Neff, D.F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*; 49(12), 1047-1053. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182330b6e.

Almeida, A.M. de, Carvalho, E.S.S. de & Cordeiro, G.M. (2015). Cuidado ao potencial doador: percepções de uma equipe de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 29, 4, 328-338. DOI: http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13641

Araújo, R. (2008). *Transplante do pulmão: Acordo com Espanha vai continuar. Cinco anos para a auto-suficiência*. Correio da Manhã. Acedido em Fevereiro 17, 2015, em http://www.correiomanha.pt/noticia.aspx?channelid =F48BA50A-0ED3-4315-AEFA- 86EE9B1BEDFF&contentid=636D076E3306-4FAD-A5B7-33451091FE77.

Azinhaga, A.I.R. (2014). *Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Coimbra. Acedido em repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=35913&code=507

Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barradas, J.F.G. (2010). *Atitudes dos Enfermeiros Perante Morte Cerebral e Transplantação de Órgãos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Departamento de Psicologia da universidade do Algarve, Portugal.

Barros, F., Amaral, T. & Costa, I. (2012). Cuidar a Pessoa Potencial dadora de Órgãos e Tecidos – A Propósito de Um Caso Clínico. *Revista Nursing*, 281, 18-24.

Bastos, C. Machado, M. & Souza, W. (2008). *Reanimação cárdio-respiratória na unidade de emergência*. Lisboa: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

Benner P. (2005). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 2ªed. Coimbra: Quarteto.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Psychosocial Oncology*, *2*(2), 138-142.

Cabral, J.D. da, Oliveira, A.M.S., Lima, L.T.A., Cordeiro, A.F. & Santana, M.T.M. (2009). Ações de enfermagem na manutenção do potencial doador: relato de experiência. *31.º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 3119-3122. Acedido em http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00925.pdf

Camelo, S. H. H. & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(2), 552-60

Cantwell, M., Clifford, C. (2000). English nursing and medical students attitudes towards organ donation. *Journal Advancing Nurses*, 32(4), 361-968.

Caple, C. & Clasull, K. (2014). Orgon Donor (Non Living): Care of. Nursing Pratice & Skill Acedido em Janeiro 13, 2015 através do motor de busca B-ON, com os discriminadores: Donor organs, adult, nursing care e family.

Carneiro, A. (2008). Cuidados Intensivos e cuidados paliativos: Bioética e vulnerabilidade. Coimbra: Almedina. - CNEVC: Parecer sobre o critério de morte 10/CNECV/95. Conselho Nacional de ética para as ciências da vida.

Cavalcante, L.P. de, Ramos, I.S., Araújo, M.A.M., Alves, M.D.S. de. & Braga, V.A.B (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paul Enferm*.; 27(6), 567-572.

Chaves, C.M.C.B. (2004). Competências/Sinergias das Equipas de Saúde. *Millenium – Revista do ISPV- Escola Superior de Enfermagem de Viseu- 30 anos*, 30, 252-254.

Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (CDOE) (Artigo Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf

Cordeiro, A. (2009). *Responsabilidade Profissional: Recursos humanos e qualidade dos cuidados em enfermagem*. Dissertação de tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Acedido em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2021/1/ulsd058734_Dissertacao%20Final_2009.pdf>;

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

Cunha, M. J. S. (2009). I*nvestigação científica. Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Chaves: Ousadias.

Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *J Adv Nurs*.; *52*(6), 658-671. Acedido em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16313379

Decreto-lei nº 244/94 de 26 de setembro. Diário da República 223/94, Série I-A. Ministério da Saúde.

Decreto-lei nº 36/2013 de 24 de junho. Diário da República nº 119, Série I. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº156/2015, de 16 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015.

Despacho nº 14341/2013 de 06 de novembro. Diário da República nº 215, Série II. Ministério da Saúde.

Dias, J.M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-75-4.

Engelke, Z. (2014). Patient Education: Preparing the Patient for Organ Donation (Live) Nursing Pratice & Skill. Acedido em Janeiro 13, 2015 através do motor de busca B-ON, com os discriminadores: Donor organs, adult, nursing care e family.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

Fortin, M. F. (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa: Lusodidacta.

Fortin, M. F., (2003). O processo de investigação; da conceção à realização. 3ª ed. Loures: Lusociência.

Frederico, M. & Leitão, M.A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Cooimbra: Formasau.

Freire, I.L.S., Oliveira, E.A.M. de, Bessa, M.F. de, Melo, G.S.M. de, Costa, I.K.F. & Torres, G.V. de (2014). Compreensão da equipa de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos*. Enfermería Global*, (36), 194-207.

Freitas, M.J.B. dos S. & Parreira, P.M.D. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série – 10, 171-718. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn10/serIIIn10a20.pdf

Freixo, M.J.V. (2011).Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

Gamito. C. (2008). Visão actual e perspectiva para o futuro da Profª. Doutora Estela Monteiro sobre o Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia do Hospital de Santa Maria. Acedido em Janeiro 7, 2015 em http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/Divulgacao/Entrev.Prof.Estela.Monteiro.pd

GCCOT H. S. José (2006) – *Protocolo para Manutenção do Dador Multiorgânico e Colheita de Órgãos em ambiente de Medicina Intensiva. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*. - GCCOT-HUC – (2006) Manual do dador. Coimbra.

George, F. & Gomes, S. (2014). *Cuidados de proximidade em doenças crónicas*. Acedido em http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-cuidados-de-proximidade-em-doencas-cronicas.aspx

Gonçalves, S. & Alcobia, F. (2008). *Cuidados de enfermagem ao dador de órgãos em morte cerebral no SUG – Protocolo de atuação*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Acedido em Setembro 8, 2009, em http://www.scribd.com/doc/7712123/Cuidados-de-Enfermagem-AoDoente-Dador-deOrgaos-Em-Morte-Cerebral-No-SUG?from_email_04 _friend_send=1.

González, G. & Carrillo, A. (2008). *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos: Mantenimiento del donante multiorgánico en muerte encefálica*. Madrid: Arán Ediciones, S.L.

Guetti, N. R. & Marques, I. R. (2007). Assistência de Enfermagem ao Potencial dador em Morte Encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 61, 1, 91-97.

Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral (1998). *Acta Médica Portuguesa*, 11, 91-95.

Guido, L.A., Linch, G.F., Andolhe, R., Conegatto, C.C., Tonini, C.C. (2009). Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors. *Rev Latinoam Enferm*.; 17(6): 1023-1029.

Intensive Care Society (2005). *Guidelines for Adult Organ and Tissue Donation*. Acedido em http://www.organdonation.nhs.uk/ukt/about_transplants/donor_care/donor_care.jsp .

Internacional Council of Nurses (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Genebra. ISBN – 92-9504-44-9. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf>;

Internacional Council of Nurses (2007). *Ambientes favoráveis à prática = cuidados de qualidade*. Genebra. ISBN – 92-95040-80-5. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf

Le Boterf, G. (2005). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Lei nº 22/2007 de 29 de Junho. Diário da República 124, Série I. Assembleia da República.

Lemes, M. M. D. D. & Bastos, M. A. R. (2007). Os Cuidados de Manutenção dos Potenciais Doadores de Órgãos: Estudo Etnográfico Sobre a Vivência da Equipe de Enfermagem. *Revista Latino-América de Enfermagem*, Vol. 15, 5.

Lima, C. (2005). Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. Revista da sociedade portuguesa de Medicina Interna, nº 1, Vol. 12.

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

Macphail, E. (2011). Panorâmica da enfermagem de urgência. In Sheely, S. – *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.

Matos, A.C., Requião-Moura, L.R., Clarizia, G., Durão Junior, M.S., Tonato, E.J., Chinen, R., Arruda, E.F., Filiponi, T.C., Pires, L.M., Bertocchi, A.P., Pacheco-Silva,

A. (2015). Ampliando o pool de doadores de rim: utilização de órgãos com disfunção renal aguda. *Einstein*.; *13*(2): 319-25. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt_1679-4508-eins-13-2-0319.pdf

Meleis, A. (2005). *Theorical nursing: development & progress*. 3ªed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

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

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. Acedido em http://www.nursingoutlook.org/article/0029-6554(94)90045-0/abstract

Meleis, A., Sawyer, L., IM, E., Messias D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1),12-28. Acedido em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036

Ministério da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN: 972-675-097-0.

Moraes, E.L. & Massarollo, M.C.K.B. (2008). Estudo bibliométrico sobre a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de 1990-2004. *J Bras Transpl*; *9*(4), 625-9. Acedido em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/jbt/vol9n_4/volumeCompleto.pdf

Moreira, C.T.P. (2010). *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester. Que realidade?* Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Acedido em http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf

Mota, A. (1996). Transplantação de órgãos. Atividade em Portugal e alguns aspetos históricos. *Revista Acção Médica*, nº 2.

Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O.A., Aungsuroch, Y. & Aiken, L.H. (2011). Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *J Nurs Scholarsh*.; 43(4), 426-432. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x.

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V.S., Leibson, C.L., Stevens, S.R. & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med*.; 17, 364(11), 1037-45. doi: 10.1056/NEJMsa1001025.

Nunes, L. (2007). Dia Internacional do Enfermeiro – Sob o signo do olhar: Re-ver, Ver e Pre-ver. Percursos, Número especial comemorativo do Dia Internacional do Enfermeiro (p 1-42).

Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de posição sobre a segurança do cliente. Lisboa. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 35, 2.ª série.*

Pais-Ribeiro, J.L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia*. 2ª ed. Porto: Legis Editora/Livpsic.

Patrick, V. (2011). *Enfermagem de urgência: uma visão histórica. In Enfermagem de urgência da teoria à prática.* 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930- 63-9.

Pereira, W. A. (2004). *Manual de transplantes de órgãos e tecidos: História dos transplantes*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pestana, A. L., Erdmann, A. L. & Sousa F. G. M (2012). Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. *Escola Anna Nery*, 16 (4), 734-740.

Pinto, P.S. (2013). Protocolos no serviço de urgência. *Nursing, Magazine Digital*, 1-7. Acedido em http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/protocolos-no-servico-de-urgencia.pdf

Pita, F. & Carmona, C. (2004). Morte Cerebral: Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. Acedido a Fevereiro 15, 2015, em http:// www.actamédicaportuguesa.com/ pdf/2004.

Pontes, B., Mendonça, C., Ornelas, C. & Nunes, M. (2008). *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM*. Funchal. Dissertação de Mestrado. Universidade Atlântica.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rech, T. H. & Filho, E. M. R. (2007) – Manuseio do Potencial Dador de Múltiplos Órgãos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Vol. 19, 2.

Regulamento n.º 122/2011. D. R. II Série nº35 (18 de Fevereiro de 2011) 8648-8653.

Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, 19, 31-46.

Santos, M.J. & Massarolo, M.C.K.B (2005). Processo de Doação de órgãos: Perceção de familiares de doadores cadáveres. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 5, 3.

Santos, M.J., Massarollo, M.C. & Moraes, E.L. (2012). Family interview in the process of donating organs and tissues for transplantation]. *Acta Paul Enferm*.; 25(5), 788-794.

Shah, V, & Bhosale, G. (2006). Organ donor problems and their management. Indian Journal of Critical Care. Vol. 10, nº 1.

Silvestre, M. C. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* Dissertação de Mestrado. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24292&code...

Transplant Procurement Management - Transplant Coordination Manual: Organ Donor Management. Barcelona: Institute for Lifelong Learning (Universitat de Barcelona).

Veiga, J. M. B. (2002). Transplante com dador vivo: contributo para uma reflexão critica. Nephro´s. Vol. 6, nº2.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Sílabo.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Pedido ao Diretor da Unidade de Inovação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Exmo. Senhor Professor Doutor Pedro Monteiro
Diretor da Unidade de Inovação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E. P. E.

Assunto: Pedido de autorização para a realização do trabalho de investigação: "Manutenção do Potencial Dador de Órgãos: Intervenção de Enfermagem num Serviço de Urgência".

André João Melo Lucas, Enfermeiro a exercer funções no Serviço de Urgência, com o número mecanográfico 24206, a frequentar o VIII Curso de Pós- Licenciatura de Especialização e V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um estudo de investigação sobre a "Manutenção do Potencial Dador de Órgãos: Intervenção de Enfermagem num Serviço de Urgência". Com este estudo pretende-se elaborar a Dissertação de Mestrado do Módulo VII – Investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob a orientação pedagógica da Professora Maria do Céu Mestre Carrageta.

A transplantação de órgãos constitui um dos maiores avanços a nível da Medicina nos últimos anos, permitiram melhorar a forma de colheita, preservação de órgão, bem como o processo de transplantação, registando-se um aumento do número global de transplantes. Portugal assumiu assim uma posição de relevo uma vez que é um dos melhores países do mundo nesta área, no entanto o número de órgãos colhidos em doentes em morte cerebral é insuficiente para responder às crescentes necessidades dos candidatos a transplantes.

A nível hospitalar, a manutenção de potenciais dadores em morte cerebral é primordial, uma vez que se esta falhar neste processo pode interferir no processo da doação, Sendo os enfermeiros dos principais profissionais a lidar com este tipo de doentes, têm uma grande responsabilidade neste processo de manutenção do potencial dador de órgãos.

Devido a uma elevada permanência destes potenciais dadores no serviço de urgência, aliada a uma elevada percentagem de proveniência dos dadores deste serviço de acordo com os dados estatísticos do Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação, considera-se pertinente a realização de um estudo de investigação que permita compreender as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados a estes doentes.

O estudo que se pretende realizar trata-se de um estudo descritivo, inserido no paradigma quantitativo, dividido em duas fases. A primeira fase é exploratória e será efetuada uma entrevista não estruturada a informadores estratégicos, neste caso os

enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. Na segunda fase será aplicado um questionário à equipa de enfermagem do serviçode urgência dos CHUC-Polo A, mediante os critérios de inclusão estabelecidos, que neste caso é um exercício profissional no serviço de urgência superior a 5 anos.

Relativamente aos procedimentos éticos e formais, o investigador compromete-se em assegurar a salvaguarda dos direitos humanos. A participação é voluntária, garantindo o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo. As entrevistas e os questionários serão realizadas no período pós-laboral, não interferindo com o normal funcionamento do serviço. A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição nem para as participantes.

Os benefícios da investigação relacionam-se com a identificação das dificuldades dos enfermeiros na prestação dos cuidados aos potenciais dadores de órgãos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a este tipo de doentes

Solicita

deferimento.

Atenciosamente

.

_____

(Professora Maria do Céu Mestre Carrageta)

_____

(Enfermeiro André João Melo Lucas

Coimbra, 06 de Março de 2015

Apêndice 2 – Guião da Entrevista

Local: Serviço de Urgência dos CHUC – Polo A

Período de Tempo:

Entrevistador: André João Melo Lucas

Tema: "Manutenção do Potencial Dador de Órgãos: Intervenção de Enfermagem num Serviço de Urgência"

Objetivo Geral: "Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na manutenção do potencial dador de órgãos, num serviço de urgência polivalente de um centro hospitalar."

Entrevista n.º____	Data: __/__/____	Hora de início: __:__	Hora de fim: __:__

LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA

- Apresentação do entrevistador (nome e profissão);
- Apresentação do estudo (tema e objetivo geral);
- Explicação da finalidade da entrevista;
- Informação sobre a salvaguarda dos procedimentos éticos;
- Pedido de consentimento informado e esclarecido (solicitar a assinatura da participante);
- Pedido de autorização para gravação da entrevista em suporte magnético;
- Criação de um clima de confiança.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade:	
Género:	
Habilitações Académicas:	
Habilitações Profissionais:	
Tempo de exercício profissional:	
Tempo de Serviço na Urgência:	

BLOCOS TEMÁTICOS

Importância do enfermeiro na prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos;
Dificuldades percecionadas pelos Enfermeiros;
Estratégias para colmatar as dificuldades;

Necessidades formativas da equipa;
Existência de protocolos de serviço para orientar a prática. Se acha benéfico, quais os elementos que devem conter?
ENCERRAMENTO DA ENTREVISTA
▪ Informação ao participante que a entrevista terminou; ▪ Solicitação para acrescentar alguma informação ou colocar alguma questão; ▪ Evitar introduzir mais tópicos (se estes forem mesmo necessários, marcar nova entrevista); ▪ Validação da informação recolhida em suporte magnético pela entrevistada, se o pretender; ▪ Acordo da data para validar a informação transcrita; ▪ Agradecimento pela disponibilidade e colaboração; ▪ Conversa informal e despedida.

Apêndice 3 – Consentimento Informado

André João Melo Lucas, Enfermeiro do Serviço de Urgência, do Centro Hospitalar de Coimbra – Polo A, a frequentar atualmente o VIII Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se a desenvolver um estudo de investigação sobre as "Dificuldades dos Enfermeiros na Manutenção do Potencial Dador de Órgãos no Serviço de Urgência"

O objetivo geral deste estudo é Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na manutenção do potencial dador de órgãos, num serviço de urgência polivalente de um centro hospitalar, de modo a permitir uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem a estas pessoas Neste sentido, solicita-se a sua participação neste estudo, agradecendo desde já a sua colaboração.

A participação neste estudo implica a realização de uma entrevista sobre o tema que se pretende investigar aos Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. A entrevista será gravada em suporte magnético, transcrita para papel e posteriormente analisada pela investigadora. A informação recolhida será confidencial e não será colocada à disposição de terceiros. As gravações serão cuidadosamente guardadas e no final da investigação serão eliminadas. Nenhuma informação que a identifique será incluída na parte escrita da sua entrevista (o seu nome será substituído por um código). Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta do relatório de Dissertação de Mestrado ou do contacto direto com a investigadora.

A sua participação é inteiramente voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecida, podendo para isso colocar questões. É salvaguardado o seu direito de não participar no estudo, desistir a qualquer momento ou recusar responder a alguma questão, sem que daí advenha quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita de igual forma. Se decidir colaborar, solicita-se que assine este documento, confirmando o seu acordo em participar.

Se tiver necessidade de informações suplementares ou qualquer preocupação poderá contactar, agora ou a qualquer momento, o investigador através do número de telemóvel: 916299668 ou do endereço eletrónico: andrejmlucas@gmail.com.
Atenciosamente.

_____
(Enfermeiro André João Melo Lucas)

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver Enfermeiro André João Melo Lucas, sobre as "Dificuldades dos Enfermeiros na Manutenção do Potencial Dador de Órgãos no Serviço de Urgência", li e compreendi as informações que constam neste documento, pelo que aceito participar no estudo e autorizo a gravação da entrevista em suporte magnético.

_____
(assinatura da participante)

Coimbra, __ de _____ de 2015

Apêndice 4 – Matriz global

Intervenção de Enfermagem na manutenção do Potencial Dador de Órgãos

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados	**Vigilância**	"(…) quem está mais atento, quem monitoriza os parâmetros vitais…" **E_1** "(…) na manutenção do estado fisiológico ou da hemodinâmica do próprio doente (…) o enfermeiro tem um papel extremamente relevante nesta avaliação dos parâmetros fisiológicos…" **E_2** "(…) daí é importante o papel do enfermeiro ter em atenção todos os sinais vitais, ter o doente estabilizado em termos das diureses, das frequências cardíacas, das tensões arteriais…" **E_3** "(…) o profissional com mais intervenção (…) uma vez que há um conjunto de procedimentos, vigilância, manutenção de parâmetros vitais e são diretamente da responsabilidade, intervenção do enfermeiro (…) a manutenção de parâmetros vitais acaba por ser (pausa) transversal a todos os doentes…"" **E_4** "(…) manter o dador vivo (...) num estado hemodinâmicamente estável (…)" **E_5** "(…) ter a sensibilidade suficiente para alertar outro extrato profissional (…) manter um conjunto de parâmetros vitais estáveis e otimizados."" **E_6** "O enfermeiro tem que estar com cem por cento de atenção aquela pessoa…" **E_7**
	Manutenção da Viabilidade dos órgãos	"Porque a qualidade provavelmente dos órgãos que serão transplantados estão diretamente relacionados com a qualidade da manutenção que é feita e até que esta transplantação seja possível…" **E_2** "(…) temos que (…) manter os órgãos (…) viáveis, exatamente, têm que estar em ótimas condições para os recetores…" **E_3** "(…) certamente que os órgãos iriam chegar em melhores condições…" **E_4** "(…) um dador vivo, com os órgãos viáveis para que ele efetue o que realmente se pretende, ou seja, que ele seja doador de órgãos o mais rentável possível que depois possa dar qualidade às pessoas que necessitam desses órgãos…" **E_5** "Esta manutenção exige um cuidado muito minucioso (…) e quanto mais cuidados o enfermeiro tem no potencial dador, melhor contribuirão para um recetor com uma viabilidade melhor de órgãos "(…) a viabilidade dos órgãos de um recetor será tanto melhor quanto melhor for a manutenção do dador." **E_6** "(…) daí advém dos bons cuidados a eficiência do resultado final da manutenção do dador." **E_7**
	Presença permanente do enfermeiro	"(…) sendo quem está mais perto do doente…" **E_1** "(…) o profissional com mais interação na manutenção desse (…) provável dador." **E_6** "Portanto é fundamental estar presente um enfermeiro a cem por cento (…) já que está presente em todas as etapas do processo…" **E_7**
	Dignidade da pessoa	" (…) manter também a dignidade neste processo (…) mesmo após a sua morte …" **E_2** "(…) preservar a intimidade do doente em termos de informação (…) à muito telefonema cruzado, há muita informação cruzada entre várias pessoas (…) várias pessoas a pressionar (…) devia estar estipulado quem dá informação, como dá e haver algum controlo nessa informação**.**" **E_5**
Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros na Prestação de Cuidados ao Potencial dador de Órgãos	**Dotação de Enfermagem Insuficiente**	"(…) a parte da gestão de serviço também tem cota parte (…) dessa menos preparação, ou não tão boa preparação dos elementos que muitas vezes cuidam (…) do doente." **E_1** "Normalmente o enfermeiro que está responsável por este utente tem mais utentes a seu cargo, utentes emergentes (…) não há uma dedicação exclusiva do enfermeiro a este doente (…) grande volume de trabalho que existe associadamente a este processo…" **E_2** "(…) em termos de recursos humanos nós não temos muitos e é preciso que num dador é preciso ter um enfermeiro ali a cem por cento…" **E_3** "(…) falta de pessoal para (…) prestar cuidados a estes doentes ou (pausa) ou prováveis dadores melhor dizendo (…) o nível de cuidados que eles exigem vai absorver um enfermeiro só para eles e às vezes não chega, o que retira capacidade para o resto da sala." **E_4** "Tudo passa neste momento por recursos, recursos que não são adequados para manter um dador (…) em termos de horas de cuidados (…) em condições ótimas para que os órgãos sejam ótimos (…) passam por não haver um enfermeiro distribuído única e exclusivamente para um individuo destes (…) quando temos um doente destes na sala de emergência e em que estão dois enfermeiros distribuídos, onde normalmente estão cinco doentes (…) levando a que muitas vezes o dador fique instável, destruindo o potencial de órgãos que tem…" **E_5** "Com a escassez de recursos humanos, com a passagem às quarenta horas (…) e não haver recursos humanos que permitam que o enfermeiro se dedique ao potencial dador tanto quanto deveria ser (…) ter vários doentes a seu cuidado (…) não é fácil que o enfermeiro possa colmatar tudo ao mesmo tempo." **E_6** "(…) necessitaríamos de um enfermeiro só para cuidador do dador (…) geralmente o enfermeiro está escalado na sala de emergência e temos outros

		doentes a entrar…"" **E_7**
	Permanência do potencial dador na sala de emergência	"(…) deviam ser retirados da sala de emergência (…) a sala de emergência é para outros fins e deveriam ser colocados numa outra sala…" **E_1** "(…) na sala de emergência, que é o local mais comum de estarem…" **E_2** "o dador manter-se durante muito tempo na sala de emergência (pausa) e não sendo o único que está nesta sala porque é uma sala bastante movimentada (…) o tempo de permanência na nossa sala de emergência também diminuir…" **E_3** "(…) o espaço onde eles ficam no serviço de urgência para (…) essa prestação uma vez que eles ficam na sala de emergência (…) absorve o enfermeiro na totalidade (…) os prováveis dadores ficam na sala de emergência a aguardar (…) depois a chamada para o bloco para a recolha propriamente dita." **E_4** "(…) um dador na sala de emergência (…) é completamente inadequado (…) porque há sempre doentes a entrar e a sair…" **E_5** "(…) estão na sala de emergência (…) tanto pode ter um doente, como dois, como ter cinco e que exigem cuidados imediatos e cuidados diferenciados, tal como exige um potencial dador…" **E_6**
	Exigência na prestação de cuidados	"O dador manter-se durante muito tempo na sala de emergência e não sendo o único que está nesta sala porque é uma sala bastante movimentada (…) o tempo de permanência na nossa sala de emergência também diminuir…" **E_3** "(…) o espaço onde eles ficam no serviço de urgência para (…) essa prestação uma vez que eles ficam na sala de emergência (…) absorve o enfermeiro na totalidade (…) os prováveis dadores ficam na sala de emergência a aguardar (…) depois a chamada para o bloco para a recolha propriamente dita." **E_4**
	Défice Conhecimento	"(…) a falta muitas vezes de conhecimento e formação dos enfermeiros para com a situação…" **E_1** "(…) atualização em termos de formação na área (…) ainda pode existir assimetrias na prestação de cuidados a estes doentes." **E_2** "(…) não é só um doente crítico, tem outras particularidades, que as pessoas deviam ter em atenção." **E_5** "Se calhar a nível da legislação (…) em relação à situação do doador de órgãos também as pessoas se calhar não estão (pausa) tão atualizadas nessa nossa área…" **E_7**
Estratégias propostas para uma eficaz prestação de cuidados ao potencial dador de órgãos	**Formação em serviço**	" A estratégia formação pelos elementos (…) com este conhecimento, com especialidade em enfermagem médico cirúrgica (…) dar formação (…) transmitir conhecimentos e boas práticas (…) qualquer equipa necessita de formação contínua para manter os níveis de conhecimento (…) os elementos mais novos e menos formados tenham (…) o mesmo nível no cuidado ao doente…" **E_1** ""Atualização em termos de formação nesta área (…) a própria equipa neste momento, fruto de várias contingências (…) é um pouco heterogénea com (…) formação nesta área." **E_2** "(…) há especificidades (…) do dador que teríamos muito a ganhar (…) porque os enfermeiros estariam mais despertos para a sua manutenção (…) a formação de uma forma geral na equipa não é assim tão boa (pausa) como deveria ser." **E_4** "(…) para entender não só a monitorização, mas depois os achados em termos de sinais e sintomas, de alterações em relação ao dador (…) havia de haver formação específica…" **E_5** "Nós nunca devemos dizer que sabemos tudo porque não é verdade, não sabemos (…) quanto mais aprendermos melhor (…) exige saber (…) acho que as pessoas deviam ter formação específica (…) em todo um conjunto de fisiopatologia deste tipo de dadores (…) que mais tarde são cadáveres (…) o enfermeiro nunca deve esquecer a regra dos dez ou dos cem (…) tem que se sensibilizar as pessoas para o que são provas de morte cerebral, quais as situações, quais os reflexos que (…) são reflexos e não sinais de viabilidade cerebral…" **E_6** "(…) é necessário o conhecimento ser atualizado nesta área (…) é mais o conhecimento teórico para dar suporte (…) determinados cuidados que se calhar nem toda a gente está (…) com esse tipo de formação (…) precisamos do mesmo nível teórico (…) e aumentar o conhecimento nesta área (…) na abordagem mais específica na manutenção de determinados sistemas orgânicos…" **E_7**
	Dotação Segura	"(…) por um sentido lógico, portanto, começaria logo por uma parte de gestão (…) do serviço (…) um aumento de recursos humanos …" **E_1** "(…) arranjar estratégias de recursos humanos…" **E_2** "(…) alocação de um enfermeiro especificamente para este tipo de situações…" **E_3** "(…) tivessem depois uma dotação que (…) fosse de encontro às necessidades desses doentes quer de monitorização, ou seja meios técnicos e humanos …" **E_4** "(…) uma reutilização de recursos humanos..." **E_5** "(…) que quando for identificado o potencial dador de órgãos seria necessário termos um enfermeiro só para assegurar cuidados de enfermagem (…) só aquela pessoa." **E_7**
	Uniformização procedimentos	"(…) não sendo um protocolo rígido (…) de atuação rígida (…) seria mais eficaz a monitorização (…) salvaguardando que nenhuma situação é descurada (…) um bom início (pausa) um bom caminho (…) para manter a qualidade dos cuidados." **E_1**

		"(…) uniformização em termos de procedimentos e formação efetivamente nesta área para que se pudesse otimizar a prestação de cuidado (…) pode existir algumas assimetrias na prestação de cuidados a estes doentes…" **E_2** " (…) estivesse tudo registado em que começamos por este e por este parâmetro, temos de fazer isto e isto…" **E_3** " (…) a pessoa sabia reagir, e reagia tanto o enfermeiro A, o enfermeiro B e o enfermeiro C da mesma forma, não era uma coisa empírica." **E_5** "(…) protocolos usados com muito critério..." **E_6** " (…) atuamos da mesma forma (…) com o mesmo objetivo (…) melhorar a eficiência e eficácia dos cuidados…" **E_7**
	Criação de protocolos de atuação	"(…) analisando todas as situações pode ser realizado um protocolo mais (…) eficaz (…) com alguma complexidade (…) o seguimento daquele protocolo pode levar a algumas falhas (…) quando surge algum imprevisto (…) poderia passar uma situação despercebida por (…) seguimento do protocolo à risca." **E_1** "(…) protocolar claramente e haver uma norma interna, apesar das normas que existem dos protocolos que existem (…) um protocolo institucional (…) para que houvesse uma prestação de cuidados uniforme a este tipo de doentes." **E_2** "Se calhar se houvesse um documento escrito em que (…) temos que fazer as colheitas para as provas de compatibilidade (…) porque nós temos tudo mais ou menos protocolizado…" **E_3** " Em termos de gestão há uma coisa que se chama gestão por processos e essa gestão por processos passa pela elaboração de protocolos (…) porque eu não consigo avaliar o enfermeiro A, enfermeiro B, o enfermeiro C sem ter um protocolo …" **E_5** "(…) na manutenção do potencial dador há determinados protocolos que têm que ser seguidos…" **E_7**
	Envolvimento dos Enfermeiros Especialistas	"(…) distribuição nesses locais de trabalho (…) pessoas mais preparadas, com mais formação mais saber (…) enfermeiros especialistas em médico cirúrgica (…) os outros elementos do serviço estando sempre acompanhados com alguém mais diferenciado que consiga dar resposta a todas as situações (…) um cuidado sistematizado e com uma atenção exclusiva a estas situações que são utentes de alta complexidade e muitas vezes com instabilidade hemodinâmica…" **E_1** "(…) deviam ser enfermeiros especialistas, quanto a mim, os enfermeiros que estão na sala de emergência (…) para que tenham conhecimento, que os saibam aplicar, que saibam racionalizar recursos e saibam principalmente exigir perante quem chefie (…) façam notar a dificuldade que há em manter um doente destes dentro dos padrões normais…" **E_5**
	Criação de uma unidade de cuidados específico	"(…) esses prováveis dadores não deviam ficar no serviço de urgência (…) faria sentido que eles fossem imediatamente após a determinação de morte cerebral (…) para esses serviços." **E_4** " (…) o foco de atenção nunca é o dador, é sempre a pessoa que lá está em sofrimento e a manifestar o sofrimento (…) criar uma unidade de transplantes (…) um espaço próprio (…) entre o serviço de urgência e o serviço de medicina intensiva deviam ser criadas condições para que o dador não permanecesse na sala de emergência (…) onde o foco de atenção não possa ser perturbado por outros doentes, por outras atitudes, por outras pessoas a entrar (…) o nível de atenção era centralizado no dador (…) e a partir daí ele preservava o dador e depois faziam o acompanhamento…" **E_5**
	Articulação dos vários serviços intervenientes no processo	"(…) ser uniforme não só no serviço de urgência, mas eventualmente no serviço de medicina intensiva (…) protocolizar a articulação também dos próprios profissionais numa guideline e que permita efetivamente ser uniforme não só no serviço de urgência, mas eventualmente no serviço de medicina intensiva, uma vez que alguns deles (…) sofrerão os cuidados dos colegas da medicina intensiva…" **E_2** "(…) também com o gabinete de coordenação termos outra (…) comunicação (…) o trabalho que (…) está também destinado ao GCTCHUC que eu acho que é um bocadinho desconhecido nosso (…) se tivéssemos outra (…) ligação seria mais fácil…" **E_7**
	Sensibilização das pessoas para o processo de doação	"(…) seria importante haver aqui alguma educação (…) dos próprios familiares (…) dos próprios familiares, do hospital (…) da importância da colheita de órgãos para transplantação (…) o primeiro passo seria a sensibilização das pessoas para esta necessidade (…) da manutenção dos dadores e colheita de órgãos para salvar terceiro…" **E_2** "(…) as pessoas se habituem a lidar com estas situações e acho também é uma forma da nossa sociedade crescer e mostrar que é uma sociedade evoluída, falando as coisas com transparência." **E_4**
	Envolvimento da família	"(…) não é informada de uma forma aberta a família que (…) tendo condições para isso (…) e não havendo qualquer entrave manifestado em vida pelo próprio utente, que aquele utente será um potencial dador de órgãos e lhe serão retirados os órgãos (…) isso cria ou deixa algum clima de suspeição de camuflar alguma coisa que acho que é difícil de gerir por parte da própria equipa (…) parece que estamos a tentar ocultar (…) algo que é perfeitamente legal (…) a condução do próprio processo que leva à transplantação de órgãos (…) não tem a transparência que deveria ter ou que poderia ter no sentido de informar

		diretamente os familiares de todo o processo…" **E_2** "(…) o contacto com a família, extremamente importante, porque já tem havido problemas sérios coma a família (…) as equipas (…) não forçam um familiar porque isso em vez de benefícios traz malefícios, apesar da lei nos proteger…" **E_6**
	Trabalho de equipa	"(…) necessitamos de entreajuda para (…) nas situações mais críticas, para manter o dador viável." **E_4** "(…) tem que haver uma grande entreajuda…" **E_7**
	Presença física do Médico	"(…) temos sempre o médico por perto que nos vai dando indicações (…) em termos de fármacos a administrar, também não somos autónomos…" **E_3** "(…) porque o médico não esta presente (…) alertar para a mínima alteração para que possa ser corrigida." **E_6**
Sugestões para a elaboração de um protocolo (elementos a considerar	**Critérios de Morte cerebral**	"(…) a declaração de morte às vezes fica um bocadinho escondida mesmo para nós (…) deveria ser (…) mais transparente, que toda a gente tivesse conhecimento…" **E_4** "(…) todo um conjunto para que o enfermeiro saiba, embora não seja ele a fazer as provas de morte cerebral, tem que que saber o que é que estão a fazer (…) tem que saber (…) a fisiologia da morte cerebral (…) o enfermeiro tenha plena consciência que as provas de morte cerebral são seguras." **E_6**
	Contacto com outros serviços	"(…) articulação entre os diversos profissionais desde (…) o gabinete da coordenação dos transplantes (…) os colegas da medicina intensiva do bloco operatório para clarificar os papeis de cada um nesta intervenção…" **E_2** "(…) assumi que há um registo nacional de dadores e não dadores…" **E_4** "(…) se é verdade que a lei nos diz "não está inscrito no RENDA pode ser dador." **E_6** " (…) ter conhecimento dos doentes que estão inscritos no RENDA…" **E_7**
	Monitorização	"(…) nem sempre (…) o potencial dador tem uma linha arterial (…) para controlo hemodinâmico…" **E_1** "(…) intervenções necessárias (…) manutenção de sinais vitais, das funções vitais…" **E_2** "(…) manter um bom balanço hídrico horário assim como o resto dos parâmetros vitais." **E_4** "(…) deviam ser monitorizados com (pausa) o nível de monitorização, que é considerado e descrito (…) em termos de guideline internacionais (…) em termos da diurese devia haver um padrão, porque nós temos muitos doentes (…) que têm um grande descontrolo em termos (pausa) da quantidade de urina que excretam." **E_5** " (…) deveria ser dirigido (…) regra dos cem…" **E_7**
	Administração de fármacos	"(…) fluidoterapia para controlo (…) de parâmetros vitais..." **E_1** "(…) atuação mais autónoma do enfermeiro no ajuste eventualmente de alguma medicação e adequação de algumas drogas…" **E_2** "(…) tem que (…) haver sempre prescrição médica (…) sabermos que a partir de que parâmetro é que devemos administrar determinadas medicações (…) presença de determinados fármacos para combater (…) uma diurese excessiva." **E_3** "(…) aumentar ou diminuir os inotrópicos…" **E_4** "Em termos de medicação toda (…) que são especificas desta área." **E_5** "(…) há uma pessoa e com características diferentes, com formas de reagir aos fármacos, às manobras diferentes." **E_6**
	Transmissão de informação à família	"(…) a questão da informação aos familiares (…) em que medidas (…) em que moldes (…) por quem deve ser feita essa comunicação aos familiares." **E_2** "(…) envolver a própria família na decisão de (…) morte (pausa) na decisão de parar com as medidas terapêuticas para manter a pessoa viva (…) permitir à família se despedir do seu ente querido (…) com critérios, com um ambiente calmo, tranquilo e por vezes a sala de emergência não o permite." **E_4** " (…) intercomunicação com a família (…) até porque por vezes a família não é (…) avisada atempadamente da situação." **E_7**
	Registos de enfermagem	"(…) registo de todos os sinais vitais (…) era importante que isso ficasse registado num protocolo… mais sistematizado…" **E_3** "(…) os registos ficam um bocadinho ao critério de cada um dos enfermeiros (…) registos estandardizados, folha própria ou com parâmetros específicos já para cada um de nós avaliar, horário que é mais apertado consoante os parâmetros (…) iria ser um procedimento mais standard e na minha opinião menos falível." **E_4**

ANEXOS

Anexo 1 – Respostas do Hospital com autorização para a realização do estudo

Anexo 2 - Normas de Execução Permanente

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Boletim de Direcção

Número: 57 – Quinta-Feira, 20 de Setembro de 2012

SUMÁRIO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

⇒Convite - Exposição "Um Breve Olhar sobre a Psiquiatria"

⇒Colheita de Órgãos no pólo HUC-CHUC

SERVIÇOS DO CHUC

⇒Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional – SFAP-HUC-CHUC

CONHECIMENTOS DIVERSOS

⇒Cidadãos Eleitores recenseados na Região Autónoma dos Açores e que, por motivo de doença, se encontrem internados ou presumivelmente internados em estabelecimento hospitalar e impossibilitados de se deslocar à assembleia de voto no dia da eleição, 14 de outubro de 2012

⇒ Instituto de Formação Actuarial

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Assunto: Convite – Exposição "Um Breve Olhar sobre a Psiquiatria"

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra convida todos os profissionais para a exposição "Um Breve Olhar sobre a Psiquiatria", organizada pelo Serviço de Psiquiatria do CHUC que terá lugar no dia **25 de Setembro** de 2012, pelas **11h30** horas, na entrada principal dos Hospitais da Universidade de Coimbra do CHUC.

=====

Colheita de Órgãos no pólo HUC-CHUC

O Conselho de Administração, na sua reunião ordinária de 30.08.2012, deliberou aprovar as Normas de Execução Permanente (NEP) para a Colheita de Órgãos no pólo HUC-CHUC, anexas a este Boletim de Direcção e as quais se consideram divulgadas por este meio.

Normas de Execução Permanente - NEP

A. Princípios e Conceitos

As Normas de Execução Permanente (NEP) são um instrumento regulamentar adequado, para manter sempre operacionais e ajudar a definir condutas, sempre que, nos circuitos dos possíveis e potenciais dadores, existam situações identificadas como tal.

Estas NEP existem no pressuposto que se mantêm reunidas as condições em meios materiais e recursos humanos, para satisfazer a qualidade exigida na vigilância, monitorização e suporte de funções nestes quadros clínicos específicos, contribuindo para atenuar o conhecido aumento exponencial da carga de trabalho subjacente.

No articulado destas NEP, a expressão possível dador é utilizada para identificar doentes com situações clínico-neurológicas com mau prognóstico ou com lesões instaladas possuindo características de irreversibilidade; a expressão potencial dador identifica os indivíduos cuja situação clínico-neurológica é sugestiva de preencher os critérios de morte cerebral.

Com a publicação deste Boletim, considera-se efectuada a notificação legal das determinações nele contidas, a todos os interessados.

A triagem e a assistência nestes contextos clínicos estão previstas neste documento de acordo com o local de internamento (do Serviço de Urgência às Unidades).
A existência e o conteúdo destas NEP não colidem com as funções e competências do Coordenador Hospitalar de Doação (CHD).

B. Serviço de Urgência

1) Sempre que seja identificado por médico neurologista ou neurocirurgião um possível dador, deve ser alertado e chamado o intensivista de serviço.
2) Para uma avaliação conjunta da situação clínico-neurológica, deve ser evitado o reenvio ou transferência do possível dador para o hospital da zona, sem que haja contacto com o intensivista de serviço.
3) O intensivista de serviço, deverá decidir se são fornecidos ou não, meios de suporte de funções vitais de acordo com os critérios de aceitação.
4) Se não estiverem reunidos os critérios para a aceitação, os procedimentos ou critérios para internamento e/ou reenvio ou transferência serão os normalmente utilizados até agora.
5) Quando os critérios de aceitação estiverem preenchidos, o possível dador deve ser internado na UICD, com meios de suporte de funções vitais, sob a responsabilidade do intensivista.
6) Se um possível ou um potencial dador já estiver a ser tratado na Sala de Emergência, poderá permanecer excepcionalmente nesta sala por um período máximo de 24h, devendo ser transferido para a UICD ou para o Serviço de Medicina Intensiva no mais curto prazo, se previsivelmente a evolução clínico-neurológica assim o indicar (ver ponto C. 7).
7) Nos possíveis dadores internados na UICD, em que o prognóstico não piorar nas 48h subsequentes ao internamento, a situação clínico-neurológica é reavaliada (Neurologista/Neurocirurgião/Intensivista).
8) Da reavaliação clínica prevista no ponto 7) poder resultar a continuação de terapêutica na respectiva enfermaria.
9) Na UICD não deve ser ocupada mais do que uma cama com situações clínicas deste tipo que necessitem de suporte ventilatório, salvo situações excepcionais de simultaneidade de curto prazo.
10) Logo que a deterioração da situação clínico-neurológica o exigir e haja lugar a terapêuticas de suporte de funções vitais de potencial dador, a equipa de enfermagem deve ser reforçada.

C. Unidades de Internamento

1) Sempre que seja identificado um possível ou um potencial dador por médico neurologista ou neurocirurgião, deve ser alertado e chamado o intensivista de serviço.
2) O intensivista deve decidir se são fornecidos ou não, meios de suporte de funções vitais de acordo com os critérios de aceitação, após avaliação conjunta.
3) Quando os critérios de aceitação estiverem preenchidos, o possível ou potencial dador pode permanecer internado na unidade de internamento, com meios de suporte das funções vitais, com a co-responsabilidade do intensivista.
4) Logo que o quadro clínico-neurológico seja sugestivo de morte cerebral, a orientação da manutenção do potencial dador é da competência do intensivista.
5) Logo que a deterioração da situação clínico-neurológica o exigir e haja lugar a terapêuticas de suporte de funções vitais, a equipa de enfermagem deve ser reforçada.
6) No SMI e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, mantém-se os procedimentos habituais nestes casos.
7) O possível ou potencial dador poderá vir a ser internado no SMI sempre que existam mais de 3 vagas ou de acordo com critérios clínicos.

D. Do Intensivista

Compete ao intensivista de serviço, em qualquer circunstância:
- A decisão de iniciar terapêutica de suporte das funções vitais do possível ou do potencial dador.
- A orientação das medidas de manutenção do dador de órgãos.
- Participar na realização das tarefas e decisões que nestes casos habitualmente lhe competem e/ou estão previstas na Lei.

E. Do Coordenador Hospitalar de Doação

O CHD, para além das competências previstas na Portaria nº 357/2008 de 9 de Maio, deve monitorizar a aplicação destas NEP, alertando o CA para eventuais desconformidades na sua aplicação.

SERVIÇOS DO CHUC

Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional – SFAP-HUC-CHUC

Informam-se os eventuais interessados que o SFAP vai realizar os cursos co-financiados pelo Fundo Social Europeu através do POPH: "Qualidade nos Cuidados de Saúde: "Cuidados Paliativos" (Curso nº 02), "Sistemas de Qualidade em Cuidados de Saúde – Auditorias" (Curso nº 06), "Gestão do Risco" (Curso nº07), "A Eficácia do Trabalho em Equipa" (Curso nº12), "Tecnologia da informação – Arquivo e documentos digitais" (Curso nº 14), "Sistemas de Informação – Organização e Técnicas de Arquivo"