

sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA

CUIDAR EM PARCERIA NA CIRURGIA DE OBESIDADE



CIÊNCIA E TÉCNICA

O ESTADO ATUAL DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



CIÊNCIA E TÉCNICA

A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E O AMBIENTE FAMILIAR



CIÊNCIA E TÉCNICA

MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P5 CIÊNCIA & TÉCNICA

O ESTADO ATUAL DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

P17 CIÊNCIA & TÉCNICA

A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E O AMBIENTE FAMILIAR:
ASPETOS PRIMORDIAIS AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

P29 CIÊNCIA & TÉCNICA

CUIDAR EM PARCERIA NA CIRURGIA DE OBESIDADE

P48 CIÊNCIA & TÉCNICA

MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 CONTRIBUINTE 503 231 533
CAPITAL SOCIAL 21.947,90 € DIRECTOR António Fernando Amaral DIRECTORES-ADJUNTOS Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques EDITORES Arménio Guardado Cruz / João Petetim
Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato ASSESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita /
Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos / Rui Manuel Jarró Margato RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida
Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves
COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Néelson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitais.
pt E-MAIL suporte@sinaisvitais.pt ASSINATURAS Célia Margarida Sousa Pratas INCLUI Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) - Distribuição Gratuita PERIODICIDADE Trimestral
FOTOGRAFIA 123rf© NÚMERO DE REGISTO 118 368 DEPÓSITO LEGAL 88306/95 ISSN 0872-8844

EDITORIAL

ANTÓNIO FERNANDO S. AMARAL, Enfermeiro
amaral@esenfc.pt

Este ano de 2020 vai ficar na nossa memória para sempre. Este era o ano que comemorava a Enfermagem e os Enfermeiros de todo o mundo, pelo papel relevante que têm para a saúde das pessoas e para o bom funcionamento dos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A pandemia do SARS-Cov2 trouxe à tona aquilo que todos já sabíamos, e que tantos temos falado nestes editoriais, os serviços de saúde estão mal dotados de enfermeiros e esse facto faz com que, diariamente, seja com COVID ou sem Covid, se morra por falta de cuidados de Enfermagem. A Pandemia só veio provar mais uma vez o quanto é preciso investir nestes profissionais. Ter mais enfermeiros e mais enfermeiros com formação avançada em enfermagem é uma forma de incrementar valor aos cuidados, de aumentar a eficiência dos serviços e de maximizar os resultados que se podem obter nos doentes. Pode argumentar-se que mais enfermeiros significa mais custos, mas qual é o custo de uma vida? Muitos estudos mostram que os custos envolvidos para salvar uma vida pelos cuidados de enfermagem estão em linha com evitar uma morte através da utilização de fibrinolíticos no enfarte agudo do miocárdio. O número de mortes evitáveis desce quando existem mais enfermeiros por doente, o número de úlceras por pressão baixa com melhores ratios, o número de infeções associadas aos cuidados de saúde diminuiu acentuadamente e podíamos aqui elencar um sem número de indicadores que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Todos estes resultados mostram que ter enfermeiros qualificados e com formação diferenciada melhora a demora média, diminuiu a fatura de antibióticos, aumenta a satisfação com o sistema de saúde. Mas o que demonstra tudo o que dissemos é que investir nos sistemas de saúde tem que passar, naturalmente pela contratação de mais enfermeiros e tornar o ambiente da sua prática mais amigável, com melhores remunerações para que possamos ter profissionais motivados e sem medo de continuar na linha da frente. Muitas vezes questione-me porque é que as pessoas, que são utentes dos serviços, não reivindicam os cuidados que lhe estão a ser negados pela falta de enfermeiros, colocando em causa a universalidade no acesso. Será que pela escassez de recursos o processo de seleção do que há fazer não valoriza os cuidados de enfermagem?

Será por desconhecimento do que poderiam obter, diferente, se existissem mais enfermeiros?

São estas questões que cada vez mais me coloco, porque é que é tão simples adquirir novos equipamentos, novas tecnologias e é tão difícil contratar mais enfermeiros?

O ESTADO ATUAL DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



MELANI COELHO

Enfermeira

RESUMO

Desde o estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram fundamentais na organização dos cuidados de saúde, com o objetivo de prestar cuidados igualitários e eficazes que satisfizessem as necessidades da população portuguesa. Ao longo das últimas quatro décadas foram alvo de inúmeras alterações regulamentares e legislativas que visavam a melhoria dos cuidados de saúde. A mais recente reforma iniciou-se em 2005 e deu origem a uma profunda reconfiguração de todo o setor. Importa por isso analisar os impactos e mudanças desencadeadas pelo processo reformativo pela voz e pela dos profissionais (médicos e enfermeiros) – objetivo geral desta investigação. O presente trabalho é de natureza qualitativa, pelo que recorremos a metodologia descritiva. A amostra do estudo é intencional e não-probabilística, sendo a população alvo médicos e enfermeiros pertencentes à ARSN (Administração Regional de Saúde

do Norte), a exercer funções em USF (Unidade de Saúde Familiar) há pelo menos três anos. Na colheita de dados recorremos a entrevistas semiestruturadas, que foram analisadas recorrendo à técnica de análise de conteúdo. Dos resultados salienta-se: a atual reforma dos CSP é caracterizada como um processo gradual, sustentado e organizado, que visa colmatar as desigualdades de acesso aos CSP. Esta proporcionou uma melhor qualidade dos cuidados, com um maior apoio e vigilância da população. Os profissionais de saúde consideram a reforma dos CSP como um processo com bons marcos evolutivos, no entanto, é percecionado que há um longo caminho a percorrer, de forma a suprir as desigualdades em saúde e garantir a melhor qualidade laboral e de cuidados prestados à população portuguesa.

PALAVRAS CHAVE: cuidados de saúde primários; reforma dos serviços de saúde; profissionais de saúde; enfermagem

ABSTRACT

Since the establishment of the National Health Service in Portugal, the Primary Health Care were fundamental in the organization of the health care with the goal of giving equal and effective care that satisfied the needs of the Portuguese population. Over the last four decades, these have been the subject of numerous legislative and reglementary changes that aimed the improvement of health care. The most recent reform began in 2005 and led to a profound reconfiguration of the entire industry. It is therefore important to analyze the impacts and changes triggered by the reform process by the voice and by professionals (doctors and nurses) - a general objective of this research. The present assignment is a qualitative study and the methodology used was descriptive. The study's sample was intentional and non-probabilistic, and the target population

are doctors and nurses working on the North Health Regional Administration, in Family Health Units for at least three years. For the data gathering we used semi-structured interviews which were analyzed using the Content Analysis technique. The results show that the current Primary Health Care reform is characterized as a gradual, sustained and organized process aimed at bridging the inequalities of access to the Primary Health Care. It provided better quality of the given care, with a bigger support and surveillance of the population. The healthcare professionals consider the Primary Healthcare a process with good evolutionary landmarks, though, it is perceived that there is a long way in order to address health inequities and assure the best labor quality and care.

KEY WORDS: primary health care; health services reform; health professionals; nursing

INTRODUÇÃO

Em Portugal, essencialmente após o estabelecimento formal do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) desempenharam um papel fundamental na organização dos cuidados de saúde e, como tal, foram constantemente alvo de alterações regulamentares e legislativas com objetivo de melhoria progressiva dos seus índices de eficiência, eficácia, equidade e satisfação dos utentes (Gonçalves, 2005).

Estes entendem-se como "(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação (...), com o espírito de autoconfiança e autodeterminação" (Alma-Ata, 1978).

Apresentam-se como estrutura basilar para satisfazer as necessidades e expectativas de saúde das populações. A reestruturação dos serviços de saúde tendo por base os CSP, revela um acentuado impacto nos recursos,

prioridades, planeamento e atitudes dos profissionais, e modifica a forma como os cuidados de saúde se pensam e praticam mundialmente (Teixeira, 2011; OMS, 2008).

A maior e mais bem-sucedida reforma até hoje implementada nesta área foi a mais recente, iniciada em 2005 permanece ainda na atualidade (OPSS, 2018).

Sustentada por um conjunto de princípios como a descentralização, a auto-organização, a avaliação e a responsabilização pelos resultados, tem sido fulcral para o aumento do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, o aumento da qualidade e do desempenho, refletindo-se ao nível da sustentabilidade do SNS (Portaria nº 212/2017). Esta teve como prioridade as seguintes áreas de intervenção: a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF); o desenvolvimento dos recursos humanos e dos sistemas de informação e: a evolução da prestação de cuidados relativos às necessidades do cidadão e às exigências da própria reforma (Vieira, 2010).

A presente reforma visava a melhoria da qualidade dos cuidados prestados

à comunidade, através de uma maior proximidade, melhor acessibilidade e de modo a obter ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2010). Foi definida através de quatro eixos estratégicos: a) Centralidade das pessoas; b) Uma cultura de governação clínica e de saúde; c) Modernização e qualificação organizacional e gestonária dos Agrupamentos Centrais de Saúde; d) Sistema de informação ao serviço de todos (Biscaia, Pereira, Cardeira & Fehn, A., 2017).

Um ano mais tarde, em 2006, foi dado início à operacionalização da reforma proposta a nível nacional, de acordo com as avaliações técnicas e de satisfação executadas, tendo sido assim implementadas as USF (Ministério da Saúde, 2018). As USF são disciplinadas por legislação específica e promovem a criação de equipas multidisciplinares para a execução de cuidados personalizados (Pisco, 2010).

Considerando que o conceito de USF remete para a saúde familiar, vários sistemas de saúde europeus têm vindo a criar a especialidade de enfermeiro de família. Em Portugal, foi apenas em 2014 que esta foi reconhecida, com o objetivo de melhorar da qualidade e do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e a reavaliar o papel dos enfermeiros no CSP, onde são o grupo profissional mais polivalente e exercem inúmeras funções e têm diversas responsabilidades (Neves, 2012).

Doze anos após a reforma dos CSP de 2006, as USF apresentam-se como uma das áreas de maior desenvolvimento. Há, no entanto, acentuadas resistências à sua evolução organizacional para um modelo com maior responsabilização e autonomia e, conseqüentemente, uma retribuição

associada ao desempenho (Modelo B) (OPSS, 2018).

As desigualdades ao nível organizacional são demonstradas na plataforma BI-CSP onde é possível ver a progressão escalar de todos os indicadores de desempenho e resultados nos três patamares organizacionais: 1) UCSP nos níveis sempre mais baixos de desempenho; 2) USF modelo A (cuja maioria procura atingir níveis de desempenho que lhes permitam transitar para modelo B) nos níveis intermédios, e 3) as USF modelo B com níveis consistentemente mais elevados (OPSS, 2018).

A Reforma portuguesa dos CSP reorientou o modelo assistencial de saúde, com o fortalecimento das ações de promoção e prevenção. Considera-se necessária uma reflexão estratégica em torno da direção dessas mudanças para garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde com alta qualidade (ACSS, 2017).

Desta forma, com este trabalho de investigação pretende-se responder à seguinte questão de investigação: qual a perceção dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) sobre o momento atual da reforma dos Cuidados de Saúde Primários?

METODOLOGIA

O presente trabalho de investigação, no que se refere à metodologia é qualitativo e descritivo, tendo a sua colheita de dados sido realizada em USF's, onde foram entrevistados profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), que fazem parte da ARSN (Administração Regional De Saúde Do Norte).

A população deste estudo foi constituída por profissionais de saúde, enfermeiros e médicos a exercer funções em USF há pelo menos três anos, pertencentes à ARSN. A amostra do estudo foi constituída por dez profissionais de saúde, cinco médicos e cinco enfermeiros, a exercer funções numa USF, pertencentes ao ACES de uma região do norte de Portugal.

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo foi a entrevista semiestruturada. Segundo Vilelas (2017), esta faz uma combinação de perguntas abertas ou fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto.

De modo a possibilitar uma resposta mais focalizada nos objetivos deste estudo, a entrevista apresenta-se dividida em quatro grupos, sendo eles: a caracterização socioprofissional do profissional de saúde, os impactos da reforma dos CSP para os profissionais, os impactos para os utentes e, por fim, o balanço global e perspetivas de evolução desta mesma reforma.

No primeiro grupo, a caracterização socioprofissional, foram apresentadas as variáveis sociodemográficas relativas ao sexo, idade, habilitações literárias, categoria profissional, tempo de serviço e tempo de serviço em USF. No segundo grupo questionamos os profissionais relativamente ao impacto que a reforma teve nos mesmos, as suas vantagens e desvantagens, e quais as mudanças realizadas na organização do trabalho. No terceiro grupo direccionamos as questões para o impacto que a reforma apresentou para o utente, assim como as vantagens e desvantagens que esta trouxe para o mesmo, e quais as mudanças

ocorridas ao nível do atendimento e a relação profissional/utente. Por fim, é apresentado um quarto grupo no qual direccionamos as questões para o balanço global e perspetivas futuras da reforma dos CSP, ou seja, o que foi considerado mais importante para esta evolução da reforma e o que deveria ser mantido e alterado na atual reforma.

Mediante este desenho metodológico, foi escolhido um método de amostragem não probabilístico por conveniência.

A amostra foi constituída por cinco médicos e cinco enfermeiros a exercer funções numa USF há mais de três anos, pertencente ao ACES de uma região norte de Portugal. De modo a proteger os dados adquiridos neste estudo de investigação, foram estabelecidos princípios éticos relativos ao instrumento e colheita de dados e ao tratamento da informação.

No que se refere ao instrumento colheita de dados, foi entregue um documento comprovativo do consentimento informado ao entrevistado e à instituição em causa, de modo a obter um consentimento livre e esclarecido de ambas as partes.

Relativamente à colheita e tratamento de dados, realizada através de entrevistas, todas as informações retiradas foram codificadas através de códigos referentes à análise de conteúdo, como por exemplo, E1ENF da entrevista número 1 de enfermeiro e E1MED da entrevista número 1 de médico, mantendo assim a confidencialidade e o anonimato das informações pessoais dadas pelo participante ao longo deste trabalho de investigação.

Estas entrevistas tiveram uma duração média de aproximadamente 8 minutos e 15 segundos e foram realizadas nas próprias USF's, onde

foram proporcionadas as condições físicas ideais para que decorressem de uma forma espontânea e natural, mantendo o máximo de silêncio possível e as condições de privacidade ideais.

Após a finalizadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas pelos próprios investigadores deste estudo, o que possibilitou uma maior fidelidade e facilidade de análise da informação recolhida. A informação recolhida foi analisada com recurso à técnica de Análise de Conteúdo, conforme os pressupostos da técnica proposta por Lawrence Bardin.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o tratamento das informações, foram construídas, neste estudo, três categorias de análise: impacto da reforma para os profissionais, o impacto para os utentes e por fim as perspetivas de evolução, que descrevem seguidamente:

- Impacto da reforma para os profissionais:

Os participantes caracterizam a reforma dos CSP de um modo bastante positivo. Estes consideram que foi importante, na medida em que proporcionou uma melhor organização dos serviços de saúde, na equipa multidisciplinar e das condições de trabalho, as quais se encontram melhor organizadas com a criação de listas de utentes. Para além disso, a presente reforma trouxe-lhes mais reconhecimento e motivação profissional. No entanto, consideram que há mais stress e sobrecarga em termos de trabalho.

“(…) foi um processo bastante positivo (…) para os profissionais, em termos de organização de serviço, (…) de organização

da lista de utentes (…)” (E5ENF).

As enfermeiras entrevistadas destacaram a criação de consultas e na atualização dos procedimentos de enfermagem. Estas referem que começaram a trabalhar por objetivos e indicadores pré-estabelecidos e que ocorreram mudanças ao nível do registo e informatização da informação clínica.

“(…) é tudo muito mais organizado (…)

definiu-se as consultas, os procedimentos (…)

toda a equipa tem regras, procedimentos para cumprir, objetivos, trabalha-se por objetivos (…).” (E1ENF).

São também apresentadas algumas desvantagens, que incidem essencialmente na parte estrutural da reforma, nomeadamente nas discrepâncias entre as unidades funcionais dos ACES, que deveriam ter todas o mesmo tipo de investimento. As enfermeiras referem também que a parte burocrática do trabalho de enfermagem acaba, por vezes, por se sobrepor ao “cuidar” em enfermagem.

“(…) a parte burocrática todos os papéis, acaba por se levar a parte da vertente de enfermagem não tanto para o cuidado, (…)

existem muitos documentos que se tem de preencher (…)

e depois acaba por se refletir um bocado na tua prestação aqui com o utente, tens de ter tempo para as duas coisas” (E2ENF).

No que é referente a desvantagens da reforma, as médicas entrevistadas salientam uma desvalorização progressiva dos valores inicialmente estabelecidos pela reforma.

“(…) é progressivamente se irem perdendo os valores iniciais. Vão caindo as promessas tendencialmente e isso cria desconfiança e desmotivação. Também o facto de não haver um acompanhamento de investimento para

melhorar os sistemas.” (E6MED)

As médicas salientam ainda que existe uma falta de investimento na reforma, nomeadamente ao nível de melhoria de condições laborais e ao nível de atualização de protocolos e procedimentos baseados na evidência científica, referem ainda uma maior sobrecarga de trabalho, quer institucional e pelo cumprimento dos objetivos/ indicadores previamente estabelecidos, quer pelo aumento da lista de utentes por médico de família, que acaba por criar um desgaste muito mais acentuado dos profissionais, que pode conduzir a um burnout dos mesmos. Destacam também a impessoalidade que se tem apoderado da medicina e da enfermagem, nomeadamente através da parte burocrática da reforma, ou seja, de todo o tipo de documentação a preencher pelos profissionais.

As entrevistadas destacam a organização do trabalho como uma das grandes vantagens desta reforma, que proporciona uma melhor qualidade laboral, nomeadamente ao nível de progressão e reconhecimento nas carreiras, como ao nível de qualidade dos cuidados prestados. No entanto, consideram que há ainda falta de investimento na reforma e que a informatização da informação acaba por comprometer a qualidade dos cuidados.

Impacto da reforma para os utentes:

As enfermeiras entrevistadas referem que esta reforma teve um impacto muito positivo para os utentes na medida em que os cuidados tiveram uma evolução bastante positiva e uma maior equidade e acessibilidade, o que possibilita um maior acompanhamento de toda a população. Para além disso, consideram que a criação da especialidade de enfermeiro de família

trouxe inúmeras vantagens para os utentes, na medida em que permite proporcionar um melhor acompanhamento dos mesmos. Estas apenas referem que existem uma discrepância de prestação de cuidados entre as unidades funcionais do ACES.

Todas descrevem que há um reconhecimento da parte do utente sobre o enfermeiro de família, o que permite um maior reconhecimento do trabalho da enfermagem que, conseqüentemente, conduz ao estabelecimento de uma relação terapêutica entre o profissional e o utente. Esta mudança na relação conduz a uma maior predisposição para a mudança de comportamentos e para a adoção de um estilo de vida mais saudável por parte dos utentes.

“(…) quando estabelecem uma boa relação com o profissional eles... recorrem e identificam-se nesta relação e estão muito mais abertos para mudar comportamentos e negociar alterações do que sendo outra pessoa.” (E4ENF)

A melhor organização faz também com que estas profissionais se sintam mais motivadas e se apresentem mais disponíveis para estabelecer uma melhor relação com os utentes. Salientam também que o facto de haver um maior seguimento através das consultas faz com que se estabeleça uma maior proximidade com os utentes, o que é benéfico para a relação entre ambas as partes.

Adicionalmente, as médicas entrevistadas referem que os utentes começaram a ter um acompanhamento mais rigoroso, que acaba por lhes proporcionar uma maior vigilância. Para além disso, acrescentam que há uma melhor organização e melhoria dos

cuidados, e que as pessoas têm um maior conhecimento dos seus direitos e deveres. Uma das mudanças referida unanimemente pelas médicas entrevistadas incidiu na melhor acessibilidade aos cuidados de saúde, e, conseqüentemente a melhoria da prestação de cuidados e acompanhamento dos utentes. É também destacada por estas profissionais uma melhoria na parceria de cuidados, o que facilita os processos organizacionais e melhora o acesso a outros serviços de saúde.

Estas consideram que a “informatização” das consultas é uma desvantagem para o utente, pois este sente que não lhe é dada tanta atenção e tempo.

“(…) maior organização. Parece-me que há também maior intercâmbio com outros parceiros... com a parte social, com a ECCL (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), com a rede em geral [rede de cuidados] (...)” (E9MED)

•Perspetivas de evolução:

Segundo as enfermeiras entrevistadas, seria crucial direcionar os objetivos da reforma para objetivos mais específicos na profissão de enfermagem, isto é, valorizar mais o papel da enfermagem nos CSP. No mesmo sentido, referem também que os profissionais deviam ser recompensados pelo seu trabalho, de forma a se sentirem mais motivados.

As mesmas entrevistadas destacam também a pertinência do investimento na educação e informação dos utentes, de modo a que estes tenham um maior conhecimento relativo às mudanças que vão ocorrendo através da implementação das progressivas reformas dos CSP.

Consideram que há aspetos inerentes à presente reforma dos CSP que deviam ser alterados, nas quais se insere a igualdade de condições de trabalho para todos os profissionais que trabalham em unidades funcionais dos ACES. Acrescentam também que há uma focalização muito acentuada no atingimento de objetivos e indicadores pré-estabelecidos, algo que acaba por não ser benéfico para uma evolução positiva da reforma. Referem também que o aplicativo informático não se apresenta bem otimizado para os registos de enfermagem e que o sistema apresenta algumas falhas.

As enfermeiras entrevistadas apresentam uma opinião unânime de que todo o conteúdo da reforma existente até aos dias de hoje, formações dadas aos profissionais e a própria organização devem ser mantidos. Acrescentam que a valorização dos profissionais de saúde deve ser, para além de contínua, mantida.

Por outro lado, as médicas entrevistadas consideraram importante a igualdade de acessibilidade de cuidados de saúde ao nível nacional. Saliendam ainda, que é necessário um maior investimento na reforma e reforçam a ideia de dotar os utentes com conhecimento sobre as mudanças que decorrem com a implementação da reforma dos CSP.

Apontam também que os indicadores deveria ser algo a reformular, de modo a enquadrá-los de uma melhor forma à população portuguesa. Outras entrevistadas ressaltam a importância de diminuir as listas de utentes por médico de família, de forma a conseguirem responder às necessidades da população portuguesa, atualmente envelhecida e com inúmeras comorbilidades.

Referem também que a antiga autonomia prévia à implementação das USF era considerada uma mais valia, nomeadamente ao nível de gestão de horários e que as diferenciações para a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) deveriam ser mais eficientes, na medida em que são apresentadas como processos muito burocráticos e, conseqüentemente, mais demorados.

As médicas entrevistadas destacam a importância de manter os indicadores, apesar da necessidade de reformulação mencionada em pontos anteriores. Consideram ainda que o intercâmbio entre as unidades também deve ser mantido, essencialmente ao nível comunicacional.

DISCUSSÃO:

Em relação à primeira categoria podemos afirmar que ocorreu uma melhoria de cuidados a nível da organização, acessibilidade e uma eficiência e por sua vez uma equidade dos serviços prestados à população.

Segundo o Ministério da Saúde, no Retrato da Saúde (2018), a reforma dos CSP tem progredido de uma forma gradual, sustentada e organizada, com melhoria nas condições de acesso aos cuidados de saúde e afirma também que a reforma dos CSP fez com que houvesse uma reorganização substancial, que proporcionou uma melhor qualidade, acesso, efetividade, eficiência e equidade dos serviços prestados à população.

Contudo ainda existem alguns pontos a mudar nesta reforma, aumentar o investimento no setor da saúde e corrigir as desigualdades entre as unidades funcionais que ainda são notáveis.

Segundo o OPSS (2018), algumas necessidades, nomeadamente ao nível de investimento no setor da saúde, algo que poderia ser justificado pela situação económica do país. Segundo o mesmo relatório, e em conformidade com os aspetos mencionados pelas entrevistadas, é de salientar as desigualdades entre as unidades funcionais dos ACES, que continuam a ser um problema potencial no acesso aos cuidados de saúde (OPSS, 2018).

Outro aspeto referido pelas entrevistadas é a nível informático em que a informatização da informação acaba por comprometer a qualidade dos cuidados.

O sistema informático e os registos de informação, tem criado resistência à informatização dos seus sistemas de informação. Esta resistência é apontada pela preferência pelo registo manual, no sentido de atenuar a intensificação do trabalho provocada pelo uso do registo informático. Para além disso, os sistemas informáticos têm-se demonstrado pouco adequados às novas exigências na prestação de cuidados (Cunha, Ferreira & Rodrigues, 2010).

Em relação à segunda categoria podemos verificar que ocorreu uma melhoria na acessibilidade de cuidados de saúde mas que ainda não se verifica em zonas menos urbanizadas, como podemos confirmar pela literacia mencionada:

Apesar da melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, existem ainda, de acordo com Soranz & Pisco (2017) em Portugal e essencialmente em zonas menos urbanizadas, utentes sem médico de família, uma realidade que tem vindo a ser alterada. Este aspeto é também comprovado pelo Ministério da Saúde, no Retrato da Saúde

(2018), onde se afirma que o sistema de saúde português é uma referência ao nível europeu pela organização dos serviços, pelos recursos disponíveis, pelo acesso e pela qualidade e eficiência que têm sido alcançadas gradualmente (Ministério da Saúde, 2018).

Esta reforma trouxe sem dúvidas vantagens para os utentes com doenças crónicas pois tem uma vigilância mais controlada.

A qualidade e segurança do utente apresentaram melhorias notáveis, nomeadamente ao nível de apoio à avaliação e melhoria de controlo de doenças crónicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças respiratórias crónicas, entre outras) (OPSS, 2018).

As parcerias existentes tentam responder às necessidades de resposta do SNS, o que permite alargar a rede nacional de prestação de cuidados de saúde, garantindo o respeito pelos princípios da equidade e acessibilidade dos utentes aos cuidados (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo Biscaia & Heleno (2017), foi cumprido o principal objetivo da reforma dos CSP: uma maior satisfação global e mais ganhos em saúde.

Com a existência de enfermeiro de família e uma vigilância periódica aos cuidados de saúde, acabou por aumentar o vínculo entre profissional de saúde / utente.

As afirmações apresentadas encontram-se em conformidade com a literatura, na medida em que os utentes valorizam o vínculo estabelecido com o seu médico/ enfermeiro de família, com quem estabelecem uma relação de confiança e empatia (Mendes, Gemito, Caldeira, Serra & Casas-Novas, 2017).

E por fim, na terceira categoria podemos afirmar que ainda existem alguns pontos a mudar na reforma assim como, os incentivos profissionais e também alargar as condições e acessibilidade e igualdade de cuidados para toda a população portuguesa.

Há necessidade de maiores incentivos financeiros, de modo a conseguir mais motivação profissional e, conseqüentemente, um melhor desempenho (Monteiro, Candoso, Reis, & Bastos 2017). A melhoria das condições de acessibilidade e igualdade de cuidados continua a ser um ponto destacado pelas entrevistadas, algo que é mencionado também na literatura.

Outro ponto a reformular são os objetivos e indicadores que devem ser reformulados de forma a direcionar para a população portuguesa.

As afirmações acima apresentadas, relativas à necessidade de reformular os indicadores e orientá-los mais para a população portuguesa encontram-se de acordo com o que foi referido por Monteiro, Candoso, Reis, & Bastos (p. 816, 2017), que afirmam que:

“É reconhecida a necessidade de renovar o conjunto de indicadores associados ao processo de contratualização externa dos ACES, fazendo-os evoluir para indicadores de resultado, com maior impacto na satisfação do utente/cidadão e melhores resultados em saúde da sociedade em geral.”

No entanto todas as mudanças ocorridas devem ser mantidas e melhoradas de forma manter a igualdade de cuidados na população portuguesa.

As mudanças ocorridas até aos dias de hoje contribuíram para uma melhoria dos CSP (Ministério da Saúde, 2018). Considera, também, que deve ser mantida uma igual

acessibilidade de cuidados, um uso eficiente dos recursos e a qualidade dos serviços prestados, de modo a dar resposta às necessidades da população portuguesa (Soranz & Pisco, 2017).

De uma forma geral, não existem grandes discrepâncias entre as opiniões das médicas e das enfermeiras, concordando que a atual reforma dos CSP se revelou como um processo positivo, que proporcionou melhoria de cuidados e melhores condições laborais. É unânime que existe uma maior vigilância e acessibilidade de cuidados para os utentes, bem como uma maior parceria de cuidados, o que conduz a maiores ganhos em saúde.

No entanto, ambos os grupos profissionais concordam que há necessidade de equiparar os cuidados para toda a população e que deviam investir de forma igualitária nas unidades funcionais do ACES. Encontram-se de acordo também no facto da relação profissional-utente ser afetada pela realização de registos e burocracias informáticas.

Adicionalmente, é realçada a importância de dotar os utentes de informação suficiente para que possam reivindicar os melhores cuidados possíveis e, conjuntamente com os profissionais de saúde, atuar de forma a permitir uma melhor progressão da reforma. Assim, as profissionais de saúde concluem que a atual reforma dos CSP apresenta uma evolução com marcos evolutivos muito positivos, no entanto, há ainda um longo caminho a percorrer, de forma a proporcionar melhor cuidados em saúde.

CONCLUSÃO

A atual reforma dos CSP é caracterizada pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), como um processo gradual, sustentado e organizado, que visa colmatar as desigualdades de acesso aos CSP. Esta proporcionou uma melhor qualidade dos cuidados prestados, com um maior apoio e vigilância da população portuguesa.

No entanto, apesar de ter apresentado melhorias ao nível da acessibilidade aos cuidados, carece ainda da distribuição igualitária dos mesmos para toda a população portuguesa. São reforçadas a falta de investimento na saúde e na reforma, sendo referidas como consequência as desigualdades ao nível das unidades estruturais dos ACES, quer ao nível de objetivos, como condições laborais. É salientado que é necessário uma maior valorização profissional e incentivos laborais, de modo a haver profissionais mais motivados para o trabalho.

Os profissionais de saúde consideram a reforma dos CSP como um processo positivo, no entanto, é percecionado que ainda existem desigualdades em saúde, que devem ser reformadas, para garantir a melhor qualidade laboral e de cuidados.

Em suma, atentamos que esta linha de investigação é de crucial importância para compreender as mudanças ocorridas e reestruturar os cuidados de saúde primários, de modo a garantir uma melhor qualidade de cuidados para toda a população portuguesa.

REFERÊNCIAS

- ACSS (2017). Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS. Acedido em novembro 12, 2018 em <http://www.acss.min-saude.pt/2018/06/19/relatorio-social-do-ministerio-da-saude-e-do-sns-2017/>
- Alma-Ata (1978). Declaração de Alma-Ata – conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Acedido em maio 20, 2018 em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Biscaia, A. & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 701-712. Acedido em maio 20, 2018 em https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000300701&script=sci_arttext&tlng=en
- Biscaia, A., Pereira, A., Cardeira, R. e Fehn, A. (2017). O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2016/2017 - Questionário aos coordenadores de USF. Consultado em maio 20, 2018.
- Cunha, A., Ferreira, J. & Rodrigues, M. (2010). Atitude dos enfermeiros face ao sistema informatizado de informação em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 7-16. Consultado em junho 08, 2019 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000300002.
- Gonçalves, P. (2005) Cuidados de saúde primários: Importância e perspectivas. Acedido em junho 9, 2018 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78787/2/34816.pdf>
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Casas-Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 841-853. Acedido em abril 20, 2019 em https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000300841&script=sci_arttext&tlng=en
- Ministério da Saúde (2010). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Plano Estratégico 2010 – 2011, missão para os cuidados de saúde primários. Acedido em junho 1, 2018 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-Estrat%C3%A7%C3%A3o-2010-2011-MCSP.pdf>
 - Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde em Portugal. Acedido em novembro 10, 2018 em <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
 - Monteiro, B., Cadoso, F., Reis, M., & Bastos, S. (2017). Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 807-818. Acedido em abril 20, 2019, em https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000300807&script=sci_arttext&tlng=pt
 - Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 125-134. Acedido em junho 1, 2018, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300013
 - Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2018). Meio caminho andado – Relatório Primavera. Acedido em junho 6, 2018 em <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018>.

pdf

Organização Mundial de Saúde – OMS (2008). Cuidados de saúde primários – agora mais que nunca. Acedido em junho 29, 2018 em http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf

Pisco, L. (2010). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2841-2852. Acedido em junho 12, 2018 em <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n6/2841-2852/>

Portaria nº212/2017 de 19 de julho. Diário da república nº138- 1º série

Soranz, D., & Pisco, L. (2017). Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 679-686. Acedido em outubro 22, 2018 em <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n3/679-686/pt/>

Teixeira, M. L. (2011) Do Centro de Saúde à USF: percursos, discursos e práticas. (Doctoral dissertation, IUL). Acedido em junho 12, 2018.

Vieira, C. (2010). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal (Doctoral dissertation, IHMT). Acedido em maio 20, 2018 em https://run.unl.pt/bitstream/10362/11438/1/Tese_MCarlotavieira_DocCompleto.pdf

Vilelas, J. (2017). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*. 2ª Ed. Edições Sílabo. Consultado em junho 3, 2018



A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E O AMBIENTE FAMILIAR: ASPETOS PRIMORDIAIS AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

PEDRO MIGUEL DIAS SEQUEIRA

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, Comunitária e Reabilitação. Mestre em Sociopsicologia da Saúde. Pós Graduação em Formação e Supervisão Pedagógica e Gestão em Saúde. Título de Especialista segundo o DL 206/2009 de 31 de Agosto. Enfermeiro Especialista na USF Beira Tejo, ACES Médio Tejo.

RESUMO

Nos tempos atuais e nas sociedades modernas, a participação da família nos cuidados de saúde nas nossas organizações de saúde, têm vindo a evidenciar-se na implementação de políticas de saúde a nível das várias unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde, sobretudo das Unidades de Saúde Familiar, criando-lhe as oportunidades de serem agentes de mudança, ativos e proactivos na sua promoção da saúde familiar. A mudança de paradigma dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, enfatizando o paradigma salutogénico e atualmente a visibilidade da Enfermagem de Saúde Familiar, a implementação de boas práticas, o desenvolvimento da investigação nesta subárea, os referenciais teóricos que sustentaram o pensamento sistémico, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar, constituem aspetos fulcrais e pertinentes a todos os enfermeiros de famílias no exercício diário das suas funções e ac-

tividades integrados em equipas multidisciplinares dinâmicas com participações comunitárias.

A Enfermagem de Saúde Familiar tem vindo a ser valorizada e reconhecida, como um dos pilares dos Cuidados de Saúde Primários e sobretudo das Unidades de Saúde Familiares, bem como na melhoria da qualidade da intervenção, na visão da família, como unidades chave de intervenção do enfermeiro de cuidados gerais e principalmente especializado, bem como no cuidar das unidades familiares ao longo de todo o seu ciclo vital normativo de desenvolvimento.

Este trabalho de carácter de opinião constitui-se como um instrumento de partilha, de cariz científico e de reflexão sobre e perante a prática clínica a que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar devem estar despertos no desempenho profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Familiar/ Ambiente Familiar/ Unidade Familiar/ Competências/ Enfermeiro Especialista

ABSTRACT

Nowadays and in modern societies, the participation of the family in health care in our health organizations, has been evident in the implementation of health policies at the level of the various functional units of Health Center Cluster, namely the Family Health Units, creating opportunities for them to be agents of change, active and proactive in promoting family health. The paradigm shift of nurses specializing in family health nursing, emphasizing the salutogenic paradigm and currently the visibility of Family Health Nursing, the implementation of good practices, the development of research in this subarea, the theoretical frameworks that supported systemic thinking, as well as the specific skills of the nurse specialist in family health, they are central and relevant aspects to all family nurses in the daily exercise of their functions and activities integrated in dynamic multidisciplinary

Para a elaboração deste artigo de opinião e tendo em conta a conjuntura anterior e actual dos CSP e do SNS, uma questão como ponto de partida, se levanta como forma de reflexão que nos ajuda na temática da Enfermagem de Família e na prática diária do Enfermeiro de Família, que é, quais os valores e características especiais que melhor descrevem o sistema de saúde em Portugal? Estes valores e características estão a mudar? E se sim, de que forma?

Os valores e características do sistema de saúde em Portugal são a efetivação do direito à protecção da saúde que deve ser universal, geral e tendencialmente gratuito, garantindo o acesso a todos os cidadãos e respectivas unidades familiares. Ter em conta a qualidade dos cuidados, efectividade e eficiência, com equidade e justiça social. A saúde é da responsabilidade do estado e o individuo deve ser proactivo na sua saúde, na sua promoção e na criação do seu projeto individual de saúde e da família. Verificamos nos últimos anos uma crescente capacidade de resposta do setor privado pelas várias opções dos cidadãos em se

teams with community participation.

Family Health Nursing has been valued and recognized, as one of the pillars of Primary Health Care and above all Family Health Units, as well as in improving the quality of the intervention, according to the opinion of the family, as key intervention units of the general and mainly specialized nurse, as well as caring for family units throughout their normative vital development cycle.

This opinion work is an instrument of sharing, of a scientific nature and of reflection on and before the clinical practice to which nurses specialized in family health nursing must be aware in their professional performance.

KEY WORDS: Family Nursing / Family Environment / Family Unit / Skills / Specialist Nurse

deslocarem a outros serviços/instituições, pelos subsistemas de saúde que possuem e também pela incapacidade do SNS nas respostas aos cidadãos em tempo útil. Verifica-se igualmente pessoas com recursos consideráveis e/ou outros têm capacidade de poder usufruir de seguros de saúde privados, com boa e rápida qualidade de resposta, agendamento negociável e organização e com elevados níveis de satisfação. Estas mudanças têm acompanhado o nível de vida que temos e vivemos com as condições económicas dos cidadãos e respectivas famílias e uma população mais desperta e com mais meios de opções nas suas decisões em matéria de saúde.

Uma população atenta, com melhores recursos, mais informada e com espírito de atenção e muitas das vezes receptiva aos cuidados de saúde que a rodeiam, fica na expectativa de uma unidade de cuidados, de encontrar profissionais qualificados e que lhes respondam todas as suas necessidades em matéria de saúde. Assim, podemos encontrar nas equipas de saúde familiar, enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros

especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar que possuindo um conjunto e corpo de conhecimentos gerais e específicos da área da saúde familiar, conseguem realizar uma prática profissional sustentada numa prática científica efetiva, em ganhos em saúde e com prática baseada na evidência, mobilizando a família como o centro e o alvo dos cuidados, promovendo a saúde familiar em todos os campos, fomentando a satisfação pessoal e profissional a das famílias alvos, com o devido reconhecimento social do Enfermeiro de Família em exercício numa USF.

O Enfermeiro de Família para além de prestar os cuidados à família numa vertente de um todo organizado e globalizante, acompanha e faz a sua intervenção ao longo do ciclo vital evolutivo e normativo de cada unidade familiar, com uma abordagem única e individualizada, pois a cada família o seu Enfermeiro. (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Desde os últimos tempos para a vivência da actualidade pretendemos que os Enfermeiros de família trabalhem juntos com as unidades familiares, um trabalho dinâmico em parceria, em construção de uma saúde para todos. (Adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2002). Das práticas diárias do enfermeiro de família podem e devem surgir situações problemáticas reais que sejam impulsionadoras de estudos de investigação, como questão de partida sobre a análise das vivências das práticas que promovam reflexão e discussão nas equipas interpares.

O Enfermeiro de família fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde, surge, como um profissional, que integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados

de enfermagem gerais e/ou especializados, de acordo com competências específicas, a um grupo de famílias e a todas as unidade familiares do seu ficheiro em conjunto com o médico especialista em medicina geral e familiar com quem trabalha diariamente e múltipla articulação, cooperação, diálogo e partilha, a que chama-mos, equipa de saúde familiar, principalmente a nível das USF. O Enfermeiro de família ao ser responsável pela prestação de cuidados de saúde às unidades familiares, desenvolve a sua atividade na intervenção em todos os processos do ciclo vital familiar, trabalhando igualmente em articulação com os parceiros comunitários, como elementos chave do desenvolvimento da intervenção do enfermeiro de família, em contexto domiciliário, como contexto facilitador e promotor de hábitos e estilos de vida saudáveis familiar e em contexto global comunitário.

Na opinião de Figueiredo (2012), o enfermeiro de família sendo um profissional competente, considera a família como unidade básica de intervenção, mobilizando todas as suas forças, recursos e potencialidades existentes no sistema familiar no âmbito da promoção da saúde, bem como nas adversidades e dificuldades que o sistema familiar encontra ao longo do seu ciclo vital, fazendo frente às melhores respostas em coesão e adaptabilidade, mantendo-se o bom funcionamento familiar, o equilíbrio, os processos homeostáticos internos, bem como a estrutura familiar, em que o enfermeiro de família é chamado a conhecer estes conceitos e deve participar diariamente na sua intervenção nas dinâmicas familiares, suas relações internas e com o exterior, redes de apoio formal e informal, bem como

todo o funcionamento global dos vários subsistemas a que as unidades familiares pertencem, proporcionando a estabilidade familiar. Bem como a sua evolução a outros estádios de harmonia e funcionamento familiar e adaptado.

Para igualmente ser um processo facilitador e promotor de boas práticas a todos os enfermeiros de famílias e de uma adequada avaliação e intervenção familiar, Figueiredo (2012) desenvolveu um modelo de avaliação e intervenção familiar, o MDAIF, com aplicação prática a todos os contextos das unidades funcionais, principalmente em USF, bem na adequação aos suportes de registo informatizado dos nossos serviços como o SCLÍNICO, que de uma forma geral e sucinta, este modelo permite-nos avaliar em três dimensões, estrutural, de desenvolvimento e funcional as unidades familiares, enquanto matriz operativa de avaliação familiar daquela autora. Dentro de cada dimensão deste modelo, Figueiredo (2012), desenvolve outros contributos de avaliação familiar, com capacidade de registo no SCLINICO que ajuda o enfermeiro de família a definir os seus diagnósticos de enfermagem em negociação com as unidades familiares, numa abordagem colaborativa constante e à posteriori todos o desenvolvimento das etapas restantes do processo dinâmico de enfermagem.

Outro aspeto fulcral é a possibilidade de as unidades funcionais de cuidados à família, principalmente as USF, estas unidades servirem às escolas superiores de saúde como o desenvolvimento de práticas clínicas de ensinamentos clínicos aos estudantes de enfermagem em processo formativo, quer da formação inicial, quer num futuro próximo da

formação especializada, pois se constituem de uma mais-valia para a aquisição e consolidação de saberes e competências nas vivências das práticas de grupos de famílias, passando e implementando todas as etapas do processo de enfermagem e incluindo se necessário a visitação domiciliária, como também uma forma de acolhermos melhor a nossa intervenção familiar no seu próprio contexto.

Com a publicação do Regulamento nº. 428/2018 de 16 de Julho da Ordem dos Enfermeiros, que contempla as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária, na área da saúde familiar, podemos verificar quais são as competências específicas do domínio do saber e intervenção do enfermeiro especialista de saúde familiar e atualmente com a Circular Informativa nº. 2/2019 de 7 de Agosto do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, atribuição do título profissional de enfermeiro especialista por via da certificação individual de competências. Perante este enquadramento legal atualizado, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária, que desenvolvam uma pós graduação em enfermagem de saúde familiar com pelo menos 30 ECTS entre outros critérios definidos pela Ordem dos Enfermeiros podem requerer a atribuição do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, como um reconhecimento do título de enfermeiro especialista nesta nova área de especialização, pois a pessoa já é especialista em enfermagem de saúde comunitária e desenvolveu formação específica e obteve competências específicas para a prática da enfermagem de saúde

familiar.

No Regulamento nº. 428/2018 de 16 de Julho da Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área da saúde familiar são:

- Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. (Diário da República nº. 135, 2ª Série, p 19335).

No âmbito do desenvolvimento diário da prática clínica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar ainda perante este normativo legal, podemos verificar que para estas duas grandes competências, a Ordem dos Enfermeiros apresenta-nos unidades de competência mais específicas dentro destas duas grandes áreas, para compreendermos a efetividade da profundidade da intervenção de qualidade especializada. Estas competências apresentam-se como gerais e para cada competência a Ordem definiu assim unidades de competência, como saberes mais específicos, com vista não só à visibilidade da qualidade interventiva, como na avaliação por indicadores de desempenho da intervenção do enfermeiro especialista.

Assim, na competência Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, enquanto fundamentação o objetivo do enfermeiro especialista em saúde familiar consiste em contextualizar a família como unidade de intervenção, promovendo a sua

capacitação e focando-a como um todo, unidade globalizante, única de família para família e nos seus membros individualmente ao longo do processo normativo esperado de desenvolvimento e nos processos de transição, como unidades de competência definidos pela Ordem dos Enfermeiros temos:

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;
- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;
- Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica;
- Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa;
- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar;
- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem. (Diário da República nº. 135, 2ª Série, pp. 19357-19358).

Para competência Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar, enquanto fundamentação o objetivo do enfermeiro especialista em saúde familiar consiste na gestão, articulação e mobilização dos recursos, ferramentas necessárias, capacidade de encontrar estratégias interventivas alternativas e/ou de adaptação e resilientes na prestação de cuidados de saúde à família,

como unidades de competência definidos pela Ordem dos Enfermeiros temos:

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados de saúde à família;
- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. (Diário da República nº. 135, 2ª Série, pp. 19358-19359).

Outro aspeto de grande pertinência e que também serve de normativo e enquadramento legal à prática diária do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar a que todos nós devemos ter em conta, são os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Familiar também elaborados pela Ordem dos Enfermeiros. Este normativo encontra-se publicado em Diário da República, 2ª Série, nº. 124 de 29 de Junho de 2015 e dá-nos a conhecer evidências científicas de uma prática especializada, com um referencial teórico construtivo com contributos e contextualização teórica, contribuindo para boas práticas clínicas, para o desenvolvimento da investigação em enfermagem de família e para a melhoria da qualidade da prática especializada.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de saúde familiar encontram-se publicado no Regulamento nº.367 de 2015 de 29 de Junho da Ordem dos Enfermeiros e mostram-nos um conceito de Enfermagem de saúde familiar como forma globalizante e abordagem como um todo familiar, enquanto unidade sistémica de intervenção, contextualiza-nos a visão do enfermeiro especialista de saúde familiar, enquanto profissional com garantia de uma intervenção eficaz e eficiente

garantidas de prática especializada e como enquadramento conceptual,

“ O exercício profissional da enfermagem de saúde familiar como área especializada da enfermagem adota necessariamente o enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem, particularizando-o para os cuidados de enfermagem de saúde familiar, dos quais emerge a especificidade dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros desta área de especialidade”. (Diário da República nº. 124, 2ª Série, p. 17385).

Como complemento a uma prática especializada de qualidade e com ganhos em saúde, no documento emanado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, para além de estar contemplados o enquadramento conceptual como princípios e linhas orientadoras de boas práticas, neste caso são os cuidados de enfermagem de saúde familiar, encontra-mos também os enunciados descritivos que servem como suporte à definição de conceitos, a sua natureza e a sua contextualização com implicações práticas para o desempenho diário do enfermeiro especialista. Assim, os conceitos que entram emergidos na definição dos enunciados descritivos para a enfermagem de saúde familiar são:

- A Satisfação do Cliente;
- A Promoção da Saúde;
- A Prevenção de Complicações;
- O Bem-estar e o Autocuidado;
- A Readaptação Funcional;
- A Organização dos Cuidados de Enfermagem. (Diário da República nº.124, 2ª Série, pp. 17386-17389).

Na minha USF e como prática diária, mudamos o paradigma e evidenciamos melhor o papel da equipa de saúde familiar, de uma forma acolhedora e integradora da unidade familiar com constantes readaptações, aquando do nascimento do bebé para a realização do diagnóstico precoce. Atualmente a equipa de saúde familiar considera na sua nova abordagem realizar a consulta médica e de enfermagem em conjunto no domicílio da unidade familiar, se estas assim o aceitarem e o desejarem, após a correta explicação e informação das nossas intervenções. Sentimos uma grande satisfação e alegria da puérpera/casal e torna-se um acolhimento mais harmonioso, globalizante e com mais proximidade das unidades de saúde com as famílias da nossa intervenção/interacção.

Com estas novas transformações nas sociedades modernas, com o aparecimento das USF e do seu carácter organizativo, dinâmico e participativo na comunidade, mostra-nos uma visão, implementação e participação mais alargada e incorporativa na vida das famílias, a acessibilidade das famílias às unidades de saúde, consultas e outras necessidades, promovendo a sua saúde familiar, o bem-estar familiar, a satisfação e a continuidade dos cuidados pela sua equipa de saúde familiar, bem como a visibilidade por parte dos cidadãos da forma de trabalho do "antigo centro de saúde", com uma visão mais pragmática, presente e ativa que as USF estão a demonstrar. Para além das USF, importa referir que existem equipas multiprofissionais abrangendo outras unidades funcionais do ACES, com diferentes profissionais em trabalho diário de equipa de saúde, com os seus saberes e competências dentro de cada grupo

profissional, com vista num atendimento público mais personalizado, dinâmico e holístico, envolvendo a unidade familiar como um todo e com os seus membros, alargando aos suprassistemas e outras pessoas significativas dos padrões de interacção daquela e outras famílias, para um adequado processo de intervenção no cuidar.

Estas novas reestruturações/mudanças na organização dos serviços, como o aparecimento das USF, UCC e da visibilidade cada vez maior e melhor do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar contribuem e vêm de encontro a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar, à efetivação e visibilidade dos cuidados prestados, registos informatizados cada vez mais observáveis, quantificáveis, concisos e objetivos, sempre para uma melhor e adequada avaliação das reais necessidades/problemas de saúde dos grupos de famílias, para à posteriori, o enfermeiro poder planear, negociar com as unidades familiares, envolver a família no seu planeamento e nas suas ideias, tomar e ajudar as famílias a serem cada vez mais proactivas do seu processo promotor de saúde individual e colectiva e efectuando os feed back necessários, no sentido de alguma reformulação do seu processo de enfermagem com a família e no trabalho em conjunto com as famílias, para um adequado sucesso da sua intervenção. Famílias mais satisfeitas e envolvidas com o seu enfermeiro de família, que é uma pessoa de referência para a unidade familiar, estão mais felizes, sentem-se melhor, mais realizadas, satisfeitas e colaboram mais no seu projeto individual de saúde familiar, com ganhos em saúde.

Um aspeto igualmente importante do trabalho diário do enfermeiro especialista em saúde familiar com as suas famílias e ao longo do ciclo vital, nas situações de crises acidentais que podem ocorrerem em qualquer família e em qualquer fase do ciclo evolutivo na perspectiva da mudança e evolução e como o enfermeiro é um profissional que envolve as famílias no seu cuidado e intervenção, deve e pode ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para superar e reagir às crises acidentais, ajudar os membros e a unidade familiar no seu todo e encontrarem as melhores respostas, desafios e estratégias para continuarem a evoluir, seguir para uma mudança vitoriosa, saudável, conseguida e com competências resilientes, para que futuramente, mesmo em situações semelhantes aquela unidade familiar única e unidade da nossa intervenção actual, numa próxima crise acidental mesmo que semelhante à primeira vão conseguir superar com mais agilidade e capacidade de coping desenvolvido, que nos ajuda a superar obstáculos e contratempos/dificuldades a que muitas famílias recorrem ao seu enfermeiro de família para serem os seus mediadores e agentes facilitadores do processo de mudança também na ajuda conjunta, partilhada e negociada de encontrar situações alternativas promotoras de carácter de soluções positivas e resolutivas das diversas situações que as famílias se apresentam. O sucesso da capacidade de coping e de mudarem a outro patamar evolutivo familiar, torna-se o sucesso da intervenção do enfermeiro em enfermagem de saúde familiar.

A procura e a necessidade de cuidados de saúde são cada vez mais exigentes e os

cidadãos e as suas respectivas famílias estão cada vez mais informados dos seus direitos e menos dos deveres no SNS principalmente, temos também uma população cada vez mais envelhecida, com graus diversificados de dependência, com polimedicação crónica e a necessitar cada vez mais dos nossos serviços de saúde, quer das USF, quer das UCC e quer dos poucos ainda existentes as UCSP, em que nem sempre os CSP têm capacidade efectiva de resposta em populações desfavorecidas, dispersas em zonas de interiores do país com reduzida povoação e habitabilidade, poucos vizinhos e outros familiares como rede de suporte de apoio, e com uma grande área geográfica de abrangência onde, por vezes falha a acessibilidade, associado a este facto nem todas as famílias têm ainda médico de família atribuído e conseqüentemente enfermeiro de família atribuído, portanto, uma equipa de saúde familiar responsável pela participação ativa e proactiva na promoção da sua saúde.

Quando estas famílias necessitam de cuidados de saúde e têm que se deslocar cedo para conseguirem uma consulta considerada de recurso, não programada, nem sempre têm a garantia de a terem. Nos últimos tempos recentes estamos a viver mais uma mudança na reorganização dos CSP, com a nova missão/visão da municipalização na saúde a abranger algumas unidades funcionais do ACES, principalmente a USF, UCSP e UCC, um novo desafio e um novo paradigma se colocará na saúde. Esperemos que com esta municipalização, os contributos dos autarcas políticos no desenvolvimento do potencial da acessibilidade em matéria de transportes das populações mais desfavorecidas e com escassos recursos económicos e isoladas

às unidades de saúde seja melhorado, garantido e proporcione um aumento da satisfação dos utentes e famílias, com as melhores respostas.

Neste plano da municipalização da saúde, o que vivemos na nossa realidade foi a Câmara Municipal fornece as infra-estruturas, edifícios das unidades de saúde e promovem a melhoria da acessibilidade às famílias pelo sistema do “Transporte a Pedido” por cada utente, tentam fornecer melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde das equipas de saúde familiar e melhores condições também nos atendimentos às unidades familiares como um todo e todas as suas partes. Com melhores condições de trabalho, em unidades novas, edifícios recuperados pelas autarquias, os enfermeiros de cuidados gerais e especialistas têm melhores condições e equipamentos sofisticados e modernos para desenvolverem e englobarem as famílias nos planos de trabalho, nas negociações, planeamentos, reformulações dos processos de ambos em acordo, com vista numa intervenção harmoniosa, feliz para ambos e com evidências científicas. Segundo Figueiredo (2012), este processo interventivo é equacionado numa abordagem colaborativa com a família, com negociação constantes, em que o sistema familiar torna-se cliente dos cuidados, constituindo-se como um quadro de referência para a enfermagem de saúde familiar.

Não nos podemos também esquecer que as experiências práticas do envolvimento com as famílias, das repostas das famílias às intervenções do enfermeiro de família e outras, constituem momentos de reflexão e partilha para a elaboração de artigos

de opinião, artigos de revisão sistemática da literatura e/ou até contributos para o desenvolvimento da investigação em enfermagem de saúde familiar, com vista na posteriori a serem divulgados e publicados, dando ainda mais visibilidade a esta especificidade em enfermagem.

Em todas as unidades funcionais torna-se importante uma boa e adequada articulação das informações em matéria de saúde das famílias como alvo de intervenção para um adequado sucesso interventivo. Assim, o enfermeiro de família sendo a pessoa de referência que conhece bem a sua unidade familiar onde está inserido e numa equipa dinâmica de saúde familiar, torna-se o elemento chave no processo de articulação com outros grupos profissionais ou eventualmente recursos/parceiros sociais. Ele avalia, analisa e discute com a unidade/sistema familiar todas as situações que merecem as devidas atenções, envolve a unidade familiar para melhor conhecimento do seu estado de saúde e se necessário, saindo das suas áreas de competências, respeitando os saberes de outros e competências de outros, para a melhor resolução das situações de saúde daquela família, elabora o seu relatório de avaliação das necessidades, bem como todo o restante processo que considere pertinente e articula-se ou numa reunião de equipa multidisciplinar ou vai ao encontro imediato a outro ou outros profissionais da equipa multiprofissional com a família envolvida no processo, com vista à melhor resolução positiva, de carácter sempre de solução das situações e satisfação da unidade familiar do seu ficheiro.

Focando toda a nossa intervenção no sistema familiar como alvo dos nossos cuidados, enquanto sistema aberto, dinâmico sujeito às suas transições normativas evolutivas/esperadas e outras, quer em termos de cuidados gerais e/ou especializados de enfermagem de saúde familiar, é importante equacionarmos o ambiente familiar e sua relação no sistema familiar, principalmente como também um dos aspectos primordiais da prática do enfermeiro especialista em saúde familiar.

O ambiente familiar é um dos fatores que influencia a saúde familiar e o próprio sistema familiar, ele poderá ser promotor de hábitos/estilos de vida saudáveis, do crescimento e evolução familiar e ser também estimulador da criação e manutenção de um projeto individual familiar de saúde efectiva e saudável.

Como factor promotor de um adequado padrão de manutenção e desenvolvimento da saúde familiar saudável, o ambiente fomenta as relações recíprocas, dinâmicas e intrínsecas das unidades familiares, promove padrões de interacção e comunicação familiar, criação de momentos e oportunidades de diálogo e aconselhamento familiar no sentido do seu crescimento, equilíbrio e é um dos pontos de partida para se criar relações extrafamiliares, bem como participações sociais e comunitárias.

Sendo assim, o equilíbrio criado ao membro da família é extensivo a toda a unidade familiar, desenvolve o bem-estar familiar, social, espiritual e emocional, promove as relações sociais, alargando os horizontes de interacção da unidade familiar a outros familiares, amigos, pessoas significativas, pessoas que são importantes e pertinentes

na sua rede social daquela unidade familiar.

A unidade familiar possui a nível do seu mesossistema uma rede social alargada da família nuclear, como suporte de apoio e interacção/relação, reciprocidade e recursividade com dinâmicas de interacção contínuas que influenciam favoravelmente a transição normativa ao longo do ciclo vital, influenciam positivamente em relação a situações de crises acidentais e outros processos de doença, bem como em outros momentos de dificuldade que a unidade familiar esteja a viver.

A participação comunitária da unidade familiar ou de alguns dos seus membros em projetos, programas, eventos sociais e outras atividades culturais, promovem não só uma visibilidade única àquela família com participação ativa e proactiva na nossa sociedade, bem como o desenvolvimento familiar, o bem-estar individual e familiar e nos dias de hoje com o aumento da esperança média de vida, com este tipo de atividades sociais, promove um adequado envelhecimento ativo e ativo familiar.

Um aspeto fundamental e primordial dos dias de hoje que nem sempre é fácil e que vivenciamos com alguma frequência, com impacto na pessoa e na sua unidade familiar, nas dinâmicas e padrões de funcionamento e estrutura, bem-estar emocional, individual e familiar e nas suas relações com as redes de apoio, são o ambiente laboral com repercussões na unidade familiar.

No local de trabalho, as relações criadas/estabelecidas com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos, consideradas como fontes de suporte secundárias ao individuo influenciam positivamente ou negativamente o seu estado emocional e

relações familiares. Assim, ambientes de trabalho saudáveis, com boa relação de trabalho com todos os colegas, a postura da pessoa, a sua auto-estima, o aspeto físico e psicológico encontram-se equilibrados e influenciam a unidade familiar e as suas relações diárias familiares. Quando existe bem-estar laboral produzimos mais, sentimos melhor e desenvolvemos relações com os colegas de trabalho, fortes, duradouras e saudáveis que até podem funcionar como grupos temporários de interacção, mas que fomentam a união, a coesão e o bem-estar profissional.

Ambientes laborais degradantes e conflituosos influenciam a pessoa e toda a unidade familiar levando ao aumento do absentismo, ao surgimento de problemas emocionais e ao desenvolvimento do processo de doença na unidade familiar, com necessidade desta unidade familiar desenvolver mecanismos de coping ou pedir ajudas, para fazer-se o devido encaminhamento individual e/ou familiar, necessário aos profissionais competentes para o efeito.

Os vínculos estabelecidos e alargados àquelas pessoas significativas à unidade familiar contribuem não só ao bem-estar individual e familiar, mas como em suportes de apoio mútuos e contínuos ao longo do ciclo vital familiar que são promotores do desenvolvimento de um projeto de saúde da família com ênfase na promoção da saúde, restabelecimento da saúde familiar, partilha e informação constantes, reabilitação aquando necessário, para um adequado equilíbrio e manutenção familiar a que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar devem estar despertos no

seu desempenho diário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto;
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência;
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência;
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência;
- Ordem dos Enfermeiros. (2000). *Divulgar-Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o Seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Circular Informativa nº. 2/2019 de 7 de Agosto do Conselho Directivo*. Circular Informativa sobre a Atribuição do Título Profissional de Enfermeiro Especialista por Via da Certificação Individual de Competências. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17193/circular-informativa-cd-2_2019-atrib-tit-prof-enf-esp-cicpdf_.pdf;
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento nº. 367/2015*. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. "Diário da República". Lisboa II Série (124). 29 de Junho. pp. 17384-17391;

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º. 428/2018. Aprova a Atribuição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. "Diário da República". Lisboa II Série (135). 16 de Julho. pp. 19354-19359;

Pires, E. I. F. (2016). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: A Visão do Enfermeiro de Família. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança;

Vilelas, J. (2009). Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. Lisboa: Sílabo; Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. (2019). Livro de Resumos do 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, disponível em http://spesf.pt/wp-content/uploads/2017/01/congresso-livro-de-resumos2019_SPESF.pdf;

Stanhope, M; Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. Loures: Lusociência;

Wright, L; Leahey, M. (2012). Enfermeiras e Famílias- Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. (5ª ed.). Roca: São Paulo.

SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde;

CSP- Cuidados de Saúde Primários;

DL- Decreto-Lei;

ECTS- European Credit Transfer System

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

UCC- Unidades de Cuidados na Comunidade;

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

USF- Unidade de Saúde Familiar

SNS- Serviço Nacional de Saúde

CUIDAR EM PARCERIA NA CIRURGIA DE OBESIDADE



TERESA BRANCO

Enfermeira Especialista em Reabilitação, em Funções de Chefia no Serviço Cirurgia D do Hospital Curry Cabral

SOFIA FRANÇA

Enfermeira com Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria no Serviço Cirurgia D do Hospital Curry Cabral

NOÉMIA NEVES

Enfermeira no Serviço Cirurgia D do Hospital Curry Cabral

MARISA COUTO

Enfermeira no Serviço Cirurgia D do Hospital Curry Cabral

ELSA MARINELA

Enfermeira no Serviço Cirurgia D do Hospital Curry Cabral

RESUMO

A obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública deste século e a sua incidência tem aumentado de forma preocupante em todo o mundo

Trata-se de uma doença crónica associada a várias comorbilidades, nomeadamente: hipertensão, diabetes, dislipidemia, doenças osteoarticulares, síndrome de apneia do sono, doenças cardiovasculares entre outras.

Os factores ambientais materializados com a redução

drástica da actividade física e os maus hábitos alimentares são os principais responsáveis pelo excesso de peso.

A solução do problema passa por uma intervenção multidisciplinar.

Neste contexto, os Enfermeiros do Serviço Cirurgia D do HCC, desenvolveram um projecto baseado em estratégias de forma a garantir a continuidade dos cuidados e minimizar o risco de complicações com base num programa de corresponsabilidade, demonstração e treino.

ABSTRACT

Obesity is considered one of the biggest public health problems of this century and its incidence has been increasing worryingly worldwide. It is a chronic disease associated with various comorbidities, such as hypertension, diabetes, dyslipidemia, osteo-articular disease, sleep apnea syndrome and cardiovascular disease among others.

The focus of the problem is related to the rapid social and economic transition, following the epidemiological and nutritional transition. Environmental factors

have been considered to be the most responsible for energy desequilíbrio materialized in a dramatic reduction in physical activity alongside changes in dietary patterns.

The solution to this problem involves a series of multi-sectoral interventions.

In this context, nurses from the Surgery D Service developed a project based on strategies to ensure continuity of care with the aim of minimizing the risk of complications, based on a program of co-responsibility, demonstration and training.

1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA
No Serviço de Cirurgia D do Hospital Curry Cabral, são submetidos a Cirurgia Bariátrica cerca de 220 doentes por ano.

Constatou-se ao longo dos anos, que os doentes apesar de receberem orientação oral e escrita (carta de enfermagem e folheto informativo) para facilitar a continuidade de cuidados no domicílio, nomeadamente com a ferida cirúrgica, regime medicamentoso e dieta, contactavam o Serviço para esclarecimento de dúvidas e resolução de complicações decorrentes da cirurgia.

Deste modo, um grupo de Enfermeiros da Unidade decidiu desenvolver um projeto tendo como objetivo inicial: promover a adesão ao regime terapêutico dos doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica assegurando a continuidade de cuidados, através da implementação da consulta de follow-up telefónica e presencial.

Pretendeu-se com o mesmo proporcionar segurança ao doente/cuidador, minimizar o risco de complicações e possibilitar a monitorização da recuperação aliando a franca redução de custos para os doentes e suas famílias, mas também para as organizações prestadoras de cuidados de saúde.

O processo de reabilitação do doente, remete-nos não apenas para um funcionamento interno (hospital), mas também para a

articulação desta organização com o contexto sócio-espacial em que está inserido.

Neste sentido a pertinência de uma intervenção no âmbito da continuidade de prestação de cuidados, pensada e concretizada a nível local (Organizações de Saúde e respetivo contexto), é aproveitada para criar uma dinâmica de mudança, orientada para o aproveitamento integral de todos os recursos.

Parece-nos ser esta a metodologia que permite configurar a intervenção como uma estratégia de formação doente/cuidador/comunidade, orientada para a resolução de problemas reais e construída com os destinatários (doente/cuidador)

2 – PERCEBER O PROBLEMA

A Organização Mundial de Saúde evidencia a obesidade como uma epidemia mundial. Efetivamente, estima-se que 60% a 65% dos adultos norte-americanos são classificados como obesos ou com excesso de peso, o que leva a um gasto anual muito elevado com o tratamento de doenças relacionadas com o mesmo, nomeadamente a diabetes, doenças cardiovasculares e o cancro (Beker, 2018).

O último relatório Health at a Glance da OCDE indica que 67,6% da população portuguesa acima dos 15 anos tem excesso de peso ou é obesa.

A questão do excesso de peso tornou-se, nos

últimos anos, um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.

A obesidade e o excesso de peso são estabelecidos através do índice de massa corporal (IMC), que é determinado pelo cálculo da massa em quilos dividida pela estatura em metros quadrados. Indivíduos que apresentem $IMC > 24,9$ são classificados como pessoas com excesso de peso e os que revelam um $IMC > 29,9$ são obesos.

Assim, a Cirurgia Bariátrica tem como benefícios o controlo ou melhoria da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial; a melhoria da mobilidade e a autonomia nas AVD's; a melhoria na função respiratória; a melhoria da Patologia Osteoarticular; o aumento da esperança média de vida e a diminuição do risco de neoplasias.

Estudos demonstram que a perda de peso e a melhoria das doenças associadas traduz uma queda de 40% no risco de morte por todas as causas, de 92% do risco de morte por diabetes, de 56% por doença coronária e de 60% por doença oncológica.

Segundo Beker (2018), para melhorar a qualidade de vida destes doentes é necessário realizar uma reeducação comportamental, especialmente elaborar estratégias que sejam graduais, para que sejam evitadas situações de stress que possam comprometer uma meta de manutenção a longo prazo.

O ganho em qualidade de vida é manifesto pela melhoria da auto-estima, performance profissional, relações sociais e atividades simples da vida diária (Júnior, 2018).

Para alcançar uma melhoria importante na qualidade de vida dos doentes, são realmente pertinentes os contributos de todos os elementos de uma equipa multidisciplinar.

3 – O PROBLEMA DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA BARIÁTRICA

Ao longo dos anos, constatamos que os doentes submetidos a cirurgia bariátrica efetuavam inúmeros telefonemas para o Serviço, após a alta com o objetivo de esclarecerem dúvidas acerca do regime medicamentoso, dieta e alguns sinais e sintomas que os obrigavam a deslocar-se ao Serviço de Urgência.

Este foi o ponto de partida para a construção de um projeto no âmbito da melhoria dos cuidados de enfermagem, que teve como objectivos iniciais:

- Promover a educação para a saúde tendo em atenção os determinantes da saúde, através de sessões psicoeducativas relacionadas com a obesidade (o processo de doença, obstáculos à redução e estabilização do peso, motivos que desencadeiam a recaída, estratégias pós-alta), os hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividade física).
- Promover a adesão ao regime terapêutico proposto.
- Instituir a consulta de enfermagem de follow-up por forma a promover a continuidade de cuidados e despiste de situações críticas.

4 – DEFINIR OBJECTIVOS, PLANEAR E EXECUTAR ACTIVIDADES

De acordo com o problemas e causas identificadas, foram delineados os seguintes objectivos:

Objetivo Geral:

- Promover e monitorizar a adesão ao regime terapêutico e a continuidade de cuidados do doente submetido a cirurgia bariátrica, após alta.

Objetivos Específicos:

- Promover a educação para a saúde tendo em atenção os determinantes da saúde, através de sessões psicoeducativas relacionadas com a obesidade (o processo de doença, obstáculos à redução e estabilização do peso, motivos que desencadeiam a recaída, estratégias pós-alta), os hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividade física);
- Estabelecer parceria com o doente e o cuidador de referência, na preparação para a alta;
- Implementar a consulta de enfermagem de follow-up telefónica e presencial;
- Reforçar a articulação com a equipa multidisciplinar da Cirurgia da Obesidade.

Foram traçadas várias estratégias para atingir cada um dos objectivos:

Objectivo 1 - Promover a educação para a saúde tendo em atenção os determinantes da saúde, através de sessões psicoeducativas relacionadas com a obesidade (o processo de doença, obstáculos à redução e estabilização do peso, motivos que desencadeiam a recaída, estratégias pós-alta), os hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividade física);

Estratégias:

- Identificar as necessidades afetadas em consequência do excesso de peso;
- Promover a entrega dos Folhetos relativos à proposta cirúrgica: "Informação ao Doente submetido a Bypass Gástrico" ou "Informação ao Doente submetido a Sleeve Gástrico", bem como do Guia de Acolhimento Geral da Unidade de Internamento no momento da admissão ao Serviço;
- Desenvolver um programa de ensino/capacitação estruturado direccionado para o doente/cuidador;

- Validar ensino e treino desenvolvido com o doente/cuidador durante o internamento e no pós-alta;
- Fornecer guias de ensino no momento de admissão no Serviço.

Objectivo 2 - Estabelecer parceria com o doente e o cuidador de referência, na preparação para a alta;

Estratégias:

- Envolver o doente/ cuidador no processo de cuidados, desde o momento da admissão até à sua máxima reabilitação;
- Realizar ensino, demonstração e treino, de acordo com o programa de ensino;
- Encorajar a verbalização de dúvidas e medos.

Objectivo 3 – Implementar a consulta de enfermagem de follow-up telefónica e presencial;

Estratégias:

- Realizar consulta de follow-up telefónico a doente/cuidador, às 48 e 72h após a alta para validação da eficácia do ensino/treino realizado em ambiente hospitalar; esclarecer dúvidas e identificar sinais e sintomas de alerta;
- Realizar consulta de follow-up presencial ao 1 mês pós-alta;
- Identificar eventuais complicações e referenciar o doente para o profissional de saúde da equipa multidisciplinar de acordo com a natureza das mesmas.

Objectivo 4 – Reforçar a articulação com a equipa multidisciplinar da Cirurgia da Obesidade;

Estratégias:

- Participar nas reuniões de avaliação multidisciplinares do tratamento da obesidade;
- Apresentar dados relativos ao Projeto instituído;
- Discutir casos clínicos.

O projeto foi estruturado de acordo com Orientações Emanadas pela Ordem dos Enfermeiros. Foi elaborado um Plano de Ensino/Treino "Capacitação do Doente/Cuidador submetido a Cirurgia de Obesidade – parceria com o doente e o cuidador informal", que visa a sistematização do ensino/treino de capacidades para promover a adesão ao regime terapêutico, que inclui os seguintes diagnósticos: conhecimento do doente sobre a cirurgia realizada e internamento; conhecimento sobre prevenção de trombose venosa profunda e embolia pulmonar; conhecimento sobre prevenção de complicações com a ferida cirúrgica; conhecimento sobre o regime medicamentoso, alimentar e atividade física e conhecimento do doente sobre a adoção de hábitos saudáveis. No âmbito do Processo de Qualidade Institucional, foi reestruturado o Procedimento Sectorial que suporta este projeto,

a) Identificação das dimensões de estudo

As dimensões do estudo são a efetividade da redução do número de chamadas telefónicas para esclarecimento de dúvidas e a adequação técnico científica.

b) Unidades de Estudo

As unidades de estudo consideradas são:
Utilizadores incluídos na avaliação:

- Todos os doentes e cuidadores com conhecimento não demonstrado

Profissionais incluídos na avaliação:

- Enfermeiros do Serviço Cirurgia D do HCC;
- Dinamizadores do projeto, nas sessões de educação, consulta follow-up telefónica e presencial

Período de tempo da avaliação:

- Julho a Dezembro de 2019

c) Tipo de dados

Os dados obtidos permitem a obtenção de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado.

d) Fonte de dados

As fontes de dados utilizadas são:

Internamento

- Processo Clínico;
- Programa de Ensino (em suporte de papel) no processo clínico e uma cópia colocada na pasta própria para ser dar continuidade nas consultas de follow-up (telefónica e presencial)

Após a alta

- Consulta follow-up telefónica segundo o formulário;
- Programa de Ensino (cópia).

e) Tipo de avaliação

A avaliação será: interna, realizada pelos dinamizadores do projeto.

f) Critérios de avaliação

Interna: segundo os critérios implícitos e explícitos que constam no Procedimento Sectorial e no Programa de Ensino.

g) Colheita de dados

A colheita de dados é realizada semestralmente pelos dinamizadores do projeto, através da consulta do programa de ensino e formulários da consulta de follow-up telefónica.

h) Relação temporal

A avaliação é retrospectiva.

g) Seleção da amostra

Todos os doentes/cuidadores submetidos a cirurgia de obesidade com conhecimento não demonstrado sobre a adesão ao regime terapêutico.

5 – VERIFICAR OS RESULTADOS

Esta análise inclui 84 doentes submetido a cirurgia de obesidade no período compreendido entre 1 julho a 31 Dezembro

de 2019.

Os resultados basearam-se na aplicação da checklist de ensino/capacitação ao doente/cuidador na admissão, alta e consultas de follow-up telefónico.

Dos 84 doentes, 55 foram submetidos a Bypass Gástrico e 8 realizaram Sleeve Gástrico, restante grupo de doentes foi submetido a outros tipos de abordagem cirúrgica mantendo sempre por base as cirurgias definidas (gráfico abaixo representativo destes dados).

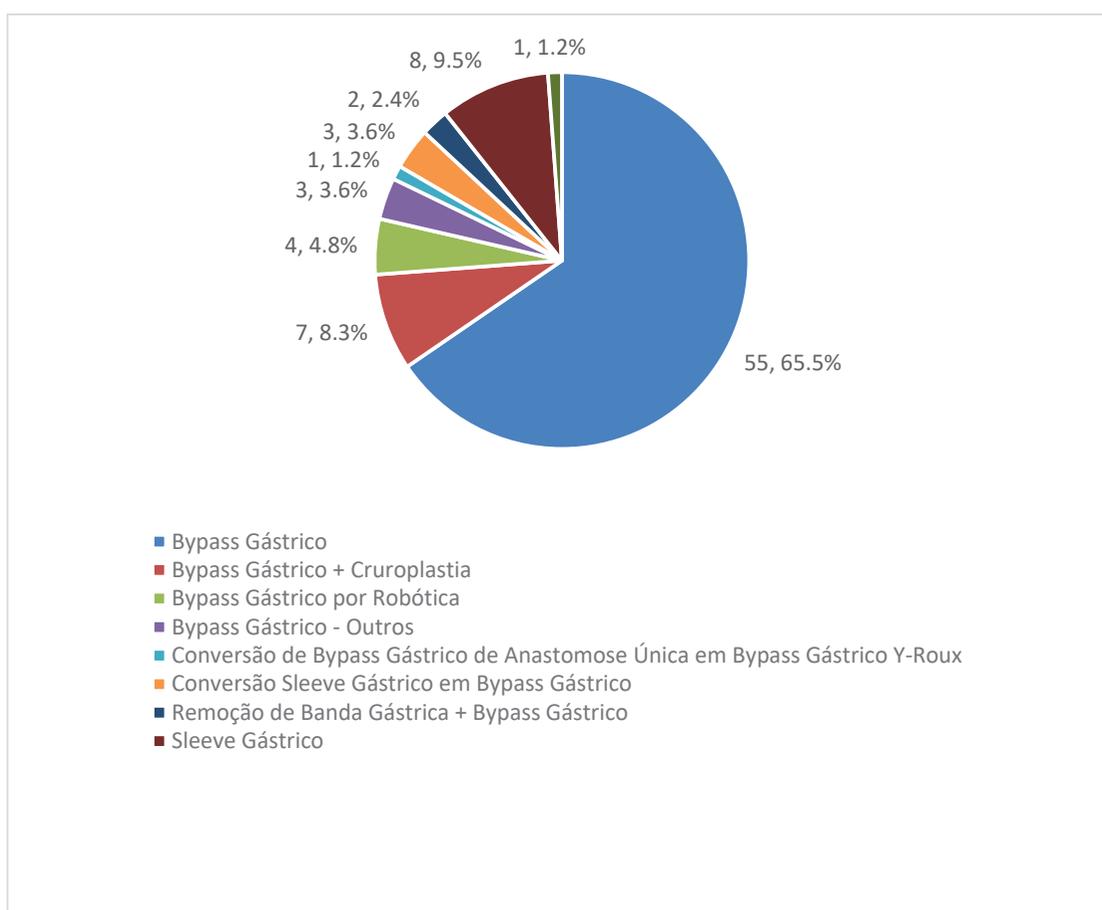


Gráfico 1 – Tipo de Cirurgia de Obesidade

Cerca de 32 doentes (38.1%) encontram-se entre os 41 e 50 anos, registando-se uma menor incidência na faixa etária dos 21 aos 30 anos (4,8%).

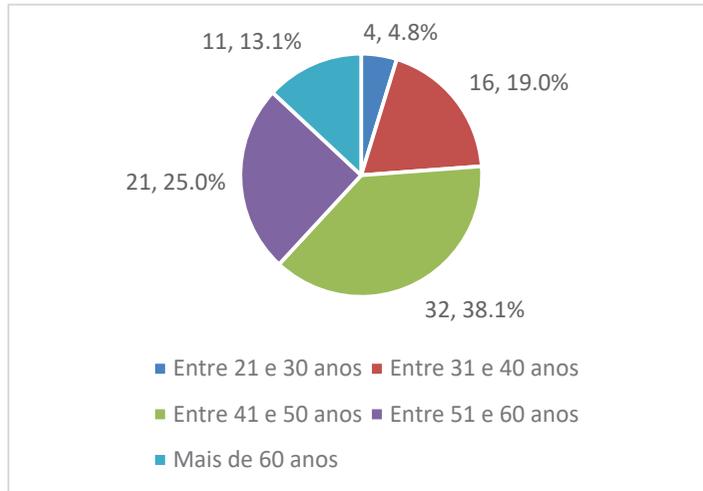


Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra submetidos a Cirurgia de Obesidade

Como género foram seguidas 71 doentes do sexo feminino e 13 doentes do sexo masculino, conforme representado no gráfico abaixo.

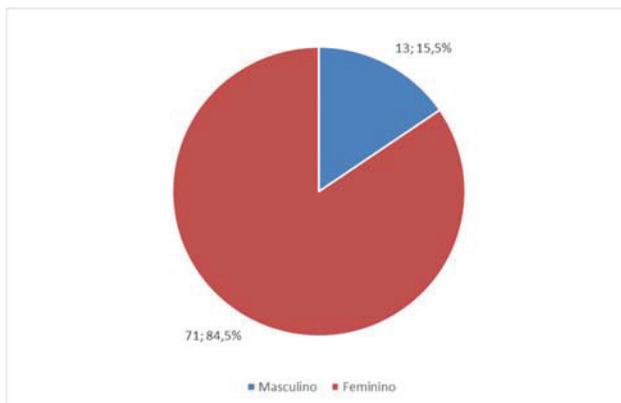


Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o género submetidos Cirurgia de Obesidade

Nos Follow-Up telefónicos das 48h e 72h são avaliadas as complicações com a ferida cirúrgica, presença de febre, tolerância à dieta, avaliação da eliminação intestinal, adesão ao regime medicamentoso, complicações detectadas e orientações e ensinamentos reforçados. Resultados apresentados nos gráficos abaixo.

No que respeita às complicações com a ferida operatória, denota-se que as mais

prevalentes são a equimoses e rubor peri-suturas (geralmente grau ligeiro). Os casos descritos como não aplicável estão relacionados com suturas que não se encontram expostas, pelo que não foi possível serem observadas pelo doente e/ou cuidadores. Há uma clara preocupação por parte da equipa de enfermagem em cumprir o definido para prevenir a infeção do local cirúrgico, ficando as suturas expostas às 48h.

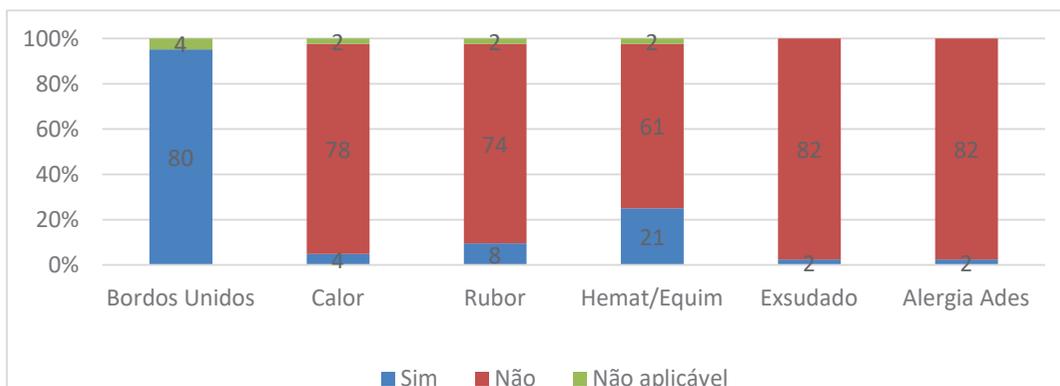


Gráfico 4 – Complicações das feridas operatórias às 48h

Às 72h mantém-se a detecção de um baixo número de complicações associadas às suturas operatórias.

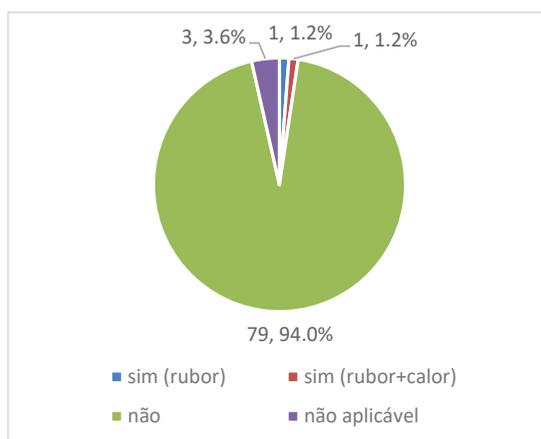


Gráfico 5 – Percentagem de complicações das feridas operatórias às 72h

Detectado apenas um caso de hipertermia às 48h, encaminhado para o Serviço de Urgência que obrigou a reinternamento

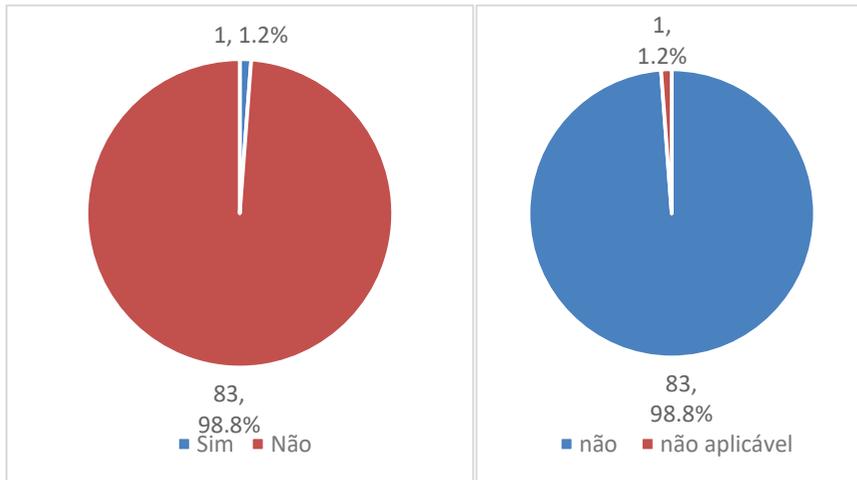


Gráfico 6 – Percentagem dos casos de Hipertermia às 48h

Gráfico 7 – Percentagem dos casos de Hipertermia às 72h

No que respeita à ingestão da dieta, maior parte dos doentes encontra-se a ingerir o esperado para as 48h (30 a até 40 cc), 1 doente encontrava-se a ingerir mais do que é preconizado (75 cc) necessitando de reforço de ensino para se proceder ao reajuste.

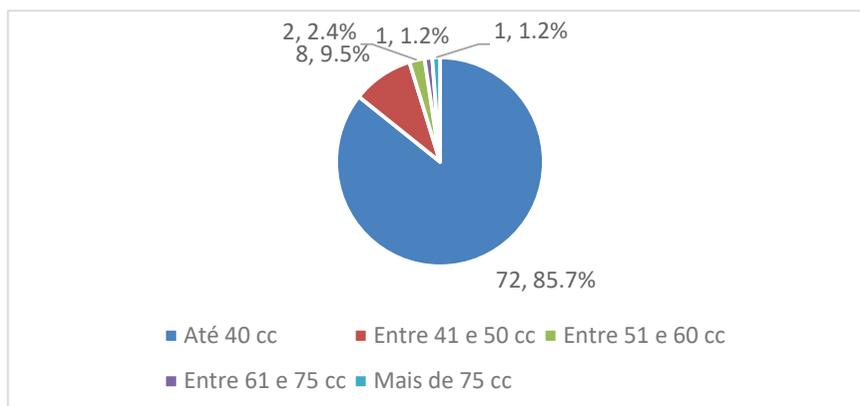


Gráfico 8 –Percentagem de doentes com ingesta da dieta às 48h

Às 72h a maior parte dos doentes mantém-se a ingerir a dieta conforme o preconizado. O doente que não cumpriu inicialmente a dieta, manteve-se a não aderir à medição com rigor da dieta. Reforçado ensino e continuou a ser seguido em Follow Up mais regular na primeira semana.

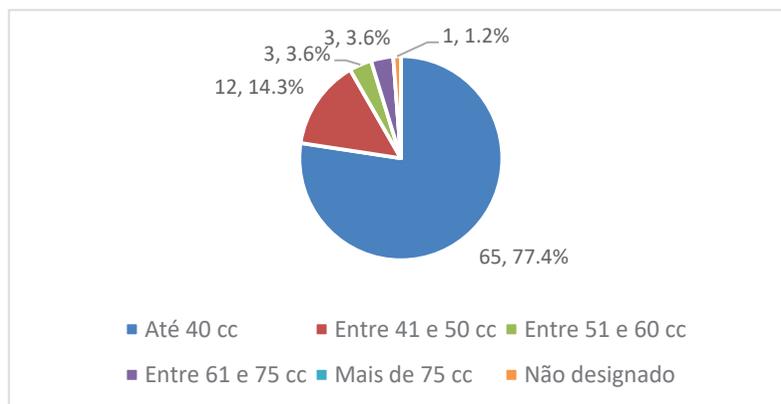


Gráfico 9 – Percentagem de doentes com ingesta da dieta às 72h

Em relação à ingesta hídrica uma grande percentagem de doentes encontra-se a ingerir a quantidade desejável às 48h (acima de 500cc).

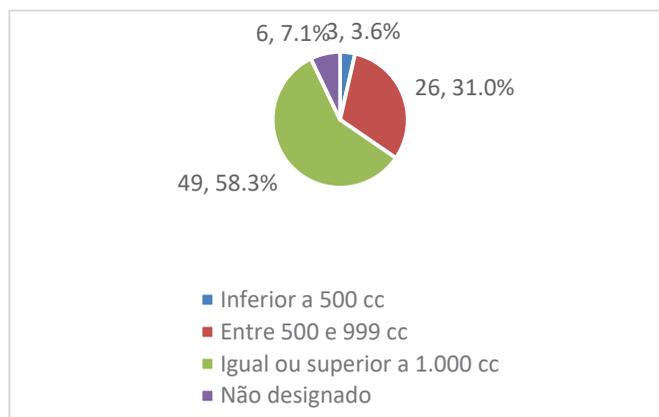


Gráfico 10 – Percentagem de doentes com ingesta hídrica às 48h

No que se refere às 72h manteve-se o maior número de doentes a ingerir água dentro do volume desejável. Sendo que houve um aumento do volume ingerido conforme o

ensino efectuado num número significativo de doentes.

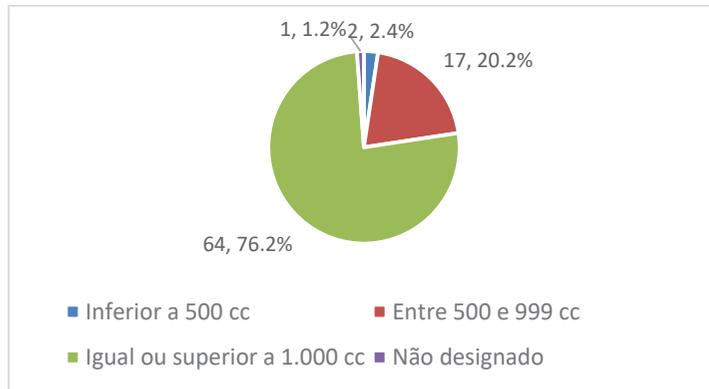


Gráfico 11 – Percentagem de doentes com ingesta hídrica às 72h

Relativamente à tolerância à dieta, a esmagadora maioria dos doentes tem uma boa tolerância. Às 48h sem casos de vómitos. As náuseas relatadas estão associadas à toma dos suplementos proteicos e vitamínicos.

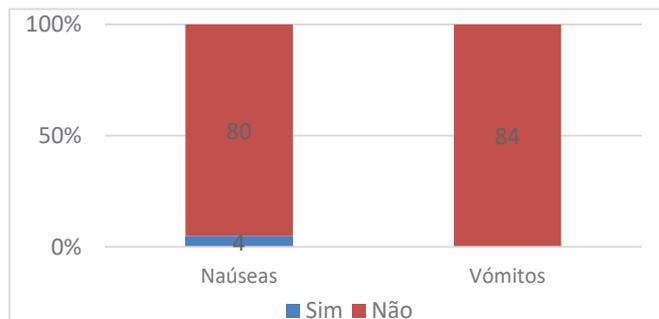


Gráfico 12 – Percentagem dos doentes com tolerância à dieta às 48h

Às 72h sem casos de náuseas, apenas 1 doente apresentou quadro de vômito. A situação não designada refere-se à doente que foi internada.

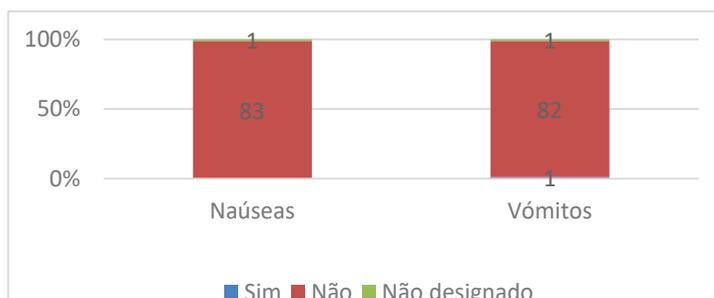


Gráfico 13 – Percentagem dos doentes com tolerância à dieta às 72h

Relativamente, à eliminação intestinal denota-se que às 48h, 60 doentes (71,4%) encontravam-se com a função intestinal restabelecida. Restantes doentes a realizar laxante sistémico. Nestes casos reforçado ensino acerca da necessidade do aumento do reforço hídrico dentro do recomendado bem como alimentos com efeitos laxantes (dentro dos autorizados pelo nutricionista) e deambulação.

Às 72 h de Follow Up telefónico após orientações fornecidas apenas 10 doentes não apresentavam a sua função intestinal restabelecida. Doente não designado é referente à doente internada como referido anteriormente.

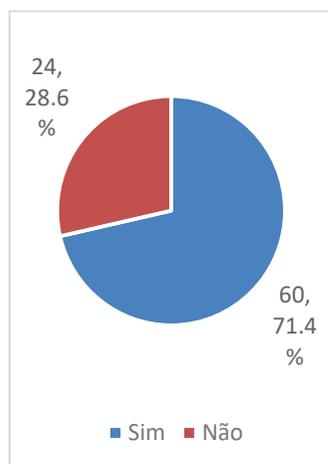


Gráfico 14 – Percentagem de doentes com eliminação intestinal estabelecida às 48h

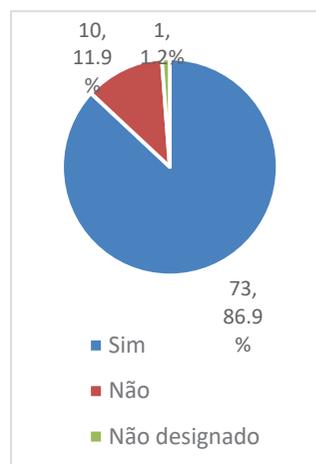


Gráfico 15 – Percentagem de doentes com eliminação intestinal estabelecida às 72h

Às 48h, 37 doentes fizeram medicação analgésica com efeito, 9 não se encontravam com a dor controlada e 38 doentes abdicaram da analgesia por não terem dor.

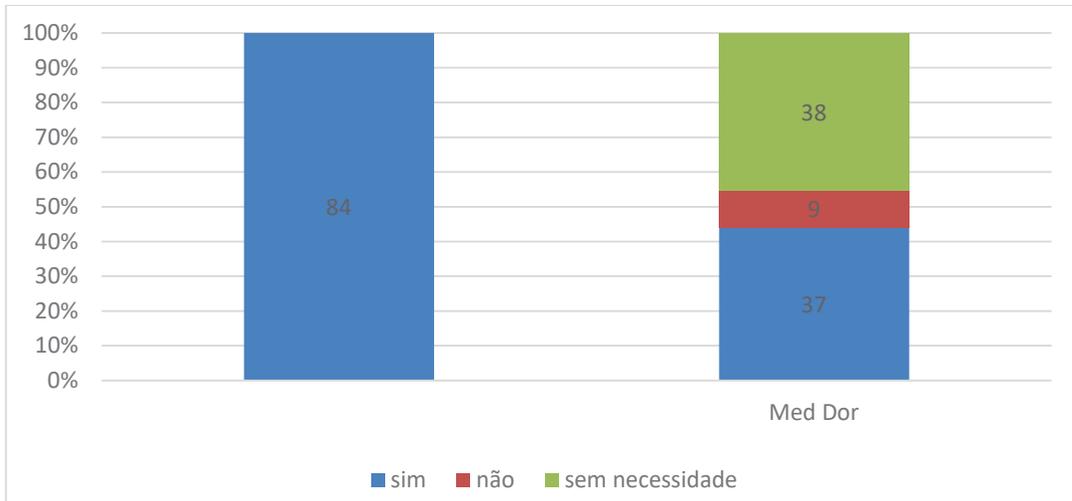


Gráfico 16 – Percentagem de doentes com adesão terapêutica e controlo da dor às 48h

Às 72h o número de casos de dor não controlada diminuiu pela desmistificação e adesão à analgesia.

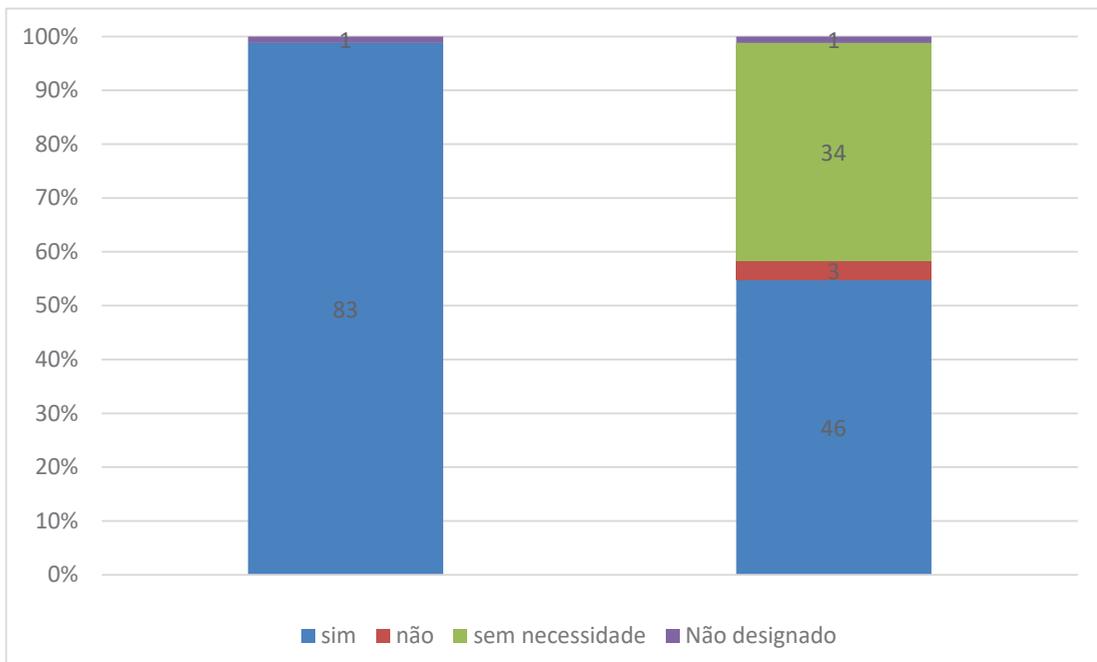


Gráfico 17 – Percentagem de doentes com adesão terapêutica e controlo da dor às 72h

Destaca-se a ocorrência de um número baixo de complicações às 48h, 5 situações. 2 doentes foram encaminhadas para o Serviço de Urgência do HSJ. Outras 3 situações resolvidas mediante contato com médico da Unidade de Cirurgia Bariátrica.

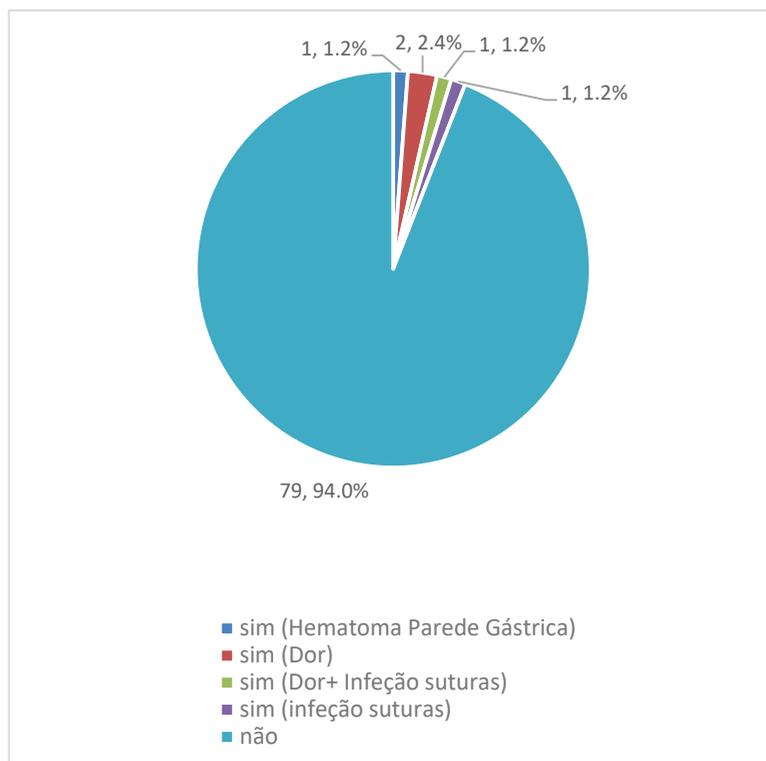


Gráfico 18 – Percentagem de complicações às 48h

Às 72h as complicações das 48h mais controladas com as indicações fornecidas, surgiram outras complicações, como uma infecção do trato urinário e a dificuldade na progressão da dieta.

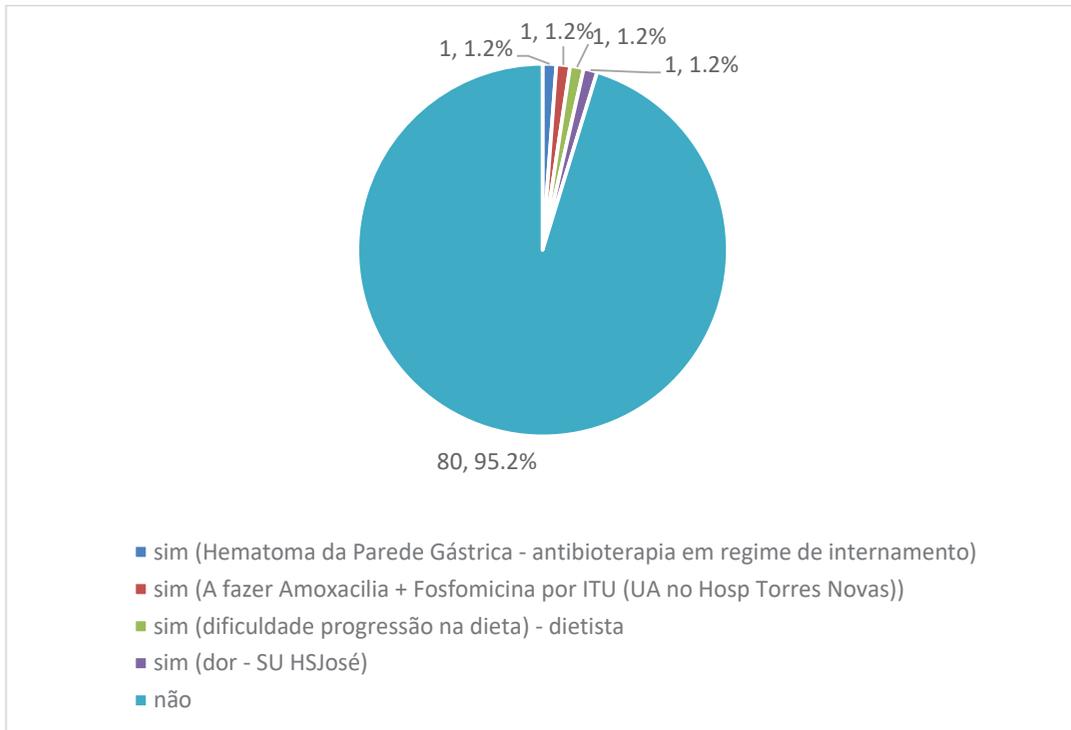


Gráfico 19 – Percentagem de complicações às 72h

No Follow-Up Presencial é observada a cicatriz operatória, avaliados parâmetros vitais, consideradas a tolerância à dieta, função intestinal, adesão ao regime medicamentoso e a eficácia dos ensinamentos. Foram observadas as cicatrizes operatórias

que se apresentavam com boa evolução cicatricial, sem qualquer complicação aparente. No que concerne a outras complicações, apenas 1 doente teve febre e 2 doentes dor de controlo mais difícil, como se encontra representado no gráfico 20.

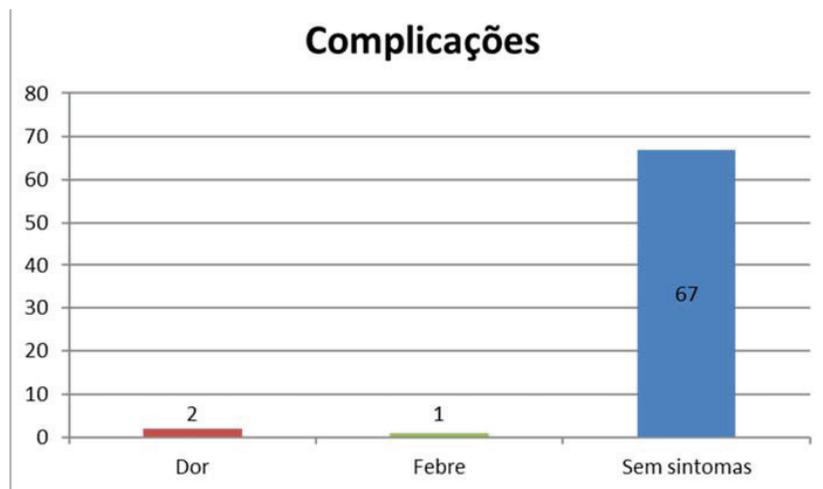


Gráfico 20 –Complicações da Cirurgia de Obesidade detetadas na Consulta de Follow-UP Presencial

No que diz respeito ao cumprimento da dieta, foi detetada 100% de adesão.

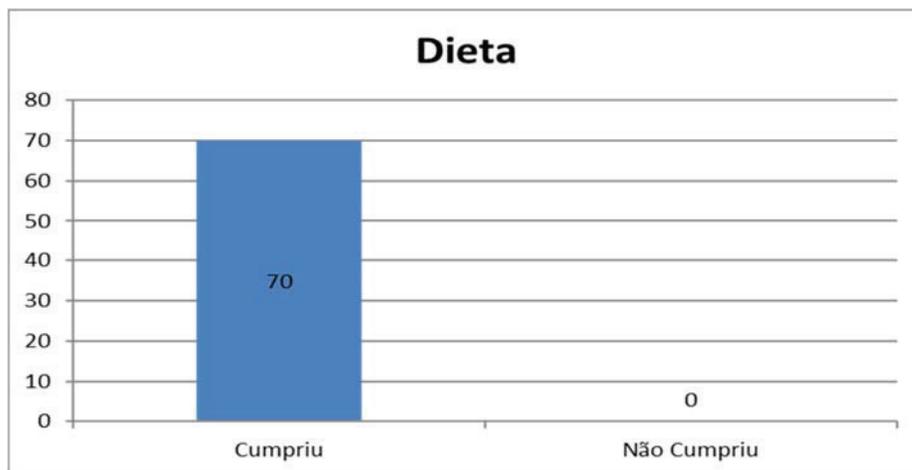


Gráfico 21 – Adesão ao Regime Dietético na Consulta de Follow-Up Presencial

Na ingestão hídrica foi detetado que 62 doentes ingeriam a quantidade pretendida, sendo que as restantes 8, ainda, ingeriam quantidade inferior ao desejável (gráfico abaixo). Reforçado ensino nesse momento.

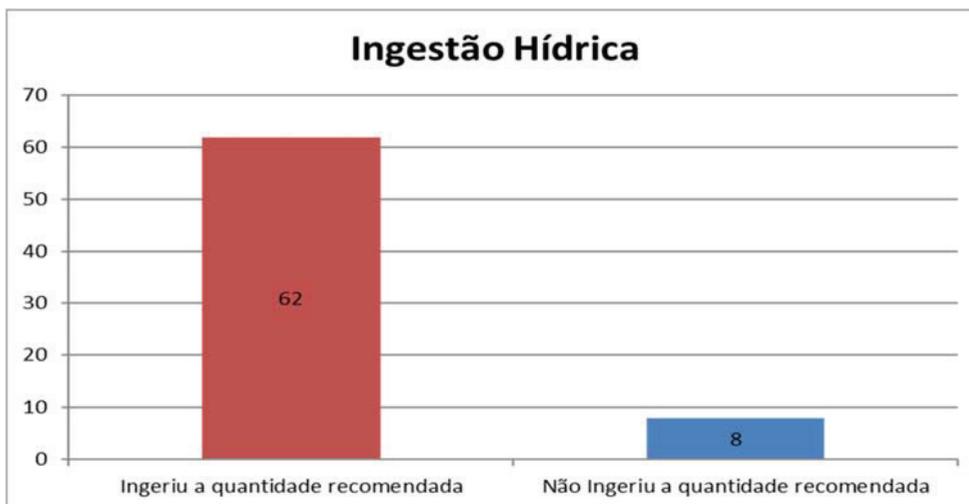


Gráfico 21 – Ingestão Hídrica na Consulta de Follow-Up Presencial

Outras complicações referentes ao compromisso da tolerância à dieta, do padrão intestinal e a não adesão ao regime medicamentoso encontram-se descritas no gráfico abaixo. O sintoma mais prevalente foi o referente à eliminação intestinal, onde apesar de várias medidas adotadas,

a obstipação era uma realidade, sendo necessário o regresso à toma da terapêutica laxante usual dos doentes. Efetivamente, a obstipação prévia à cirurgia em muitos casos mantém-se no pós-cirurgia.

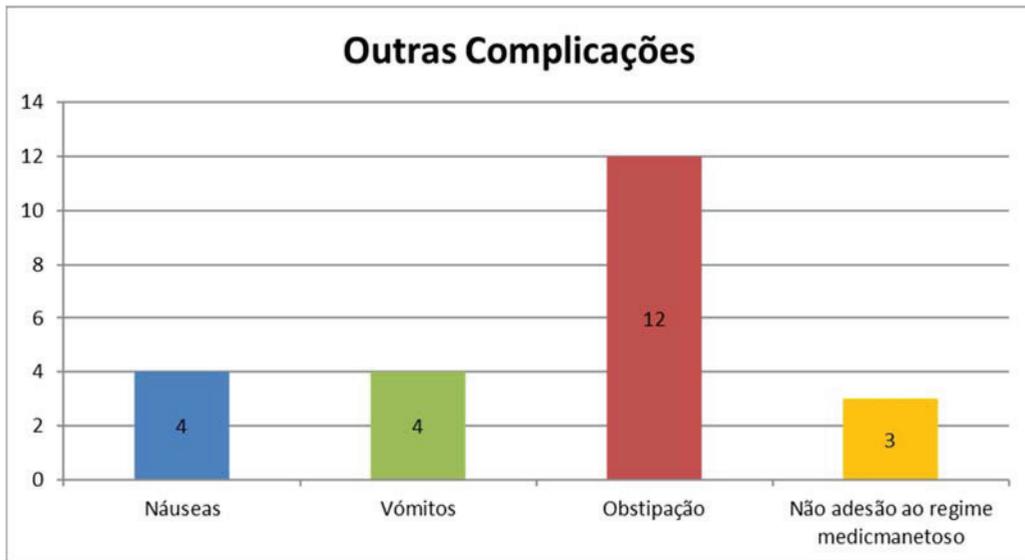


Gráfico 22 – Outras Complicações verificadas na Consulta de Follow-Up Presencial

O que diz respeito à analgesia no pós-operatório, ressalta-se que esta é eficaz na maioria dos doentes, sendo que a maior parte dos doentes já não se encontravam a

fazer analgésico no momento da Consulta de Follow-Up presencial.



Gráfico 23 – Eficácia da Terapêutica Analgésica na Consulta de Follow-Up Presencial

Todos os doentes avaliaram como eficaz o Ensino realizado durante as Consultas de Follow-Up telefónico. É referido por 2 doentes que o ensino por parte do dietista foi insuficiente, sendo que 1 doente verbaliza que seria importante um segundo momento de ensino.



Gráfico 24 – Eficácia do Ensino nas Consultas de Follow-Up

6 - MEDIDAS PARA STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

Consideramos importante implementar as seguintes medidas.

Medidas Educacionais:

- Sensibilização/Formação da Equipa de Enfermagem,
- Transmissão dos resultados à equipa de enfermagem e à equipa multidisciplinares (nas reuniões de avaliação multidisciplinares do tratamento da obesidade).

Medidas Estruturais:

- Elaboração de ensino/capacitação para o doente e submetido a cirurgia de obesidade e Cuidadores informais;
- Implementação da Consulta de Follow-Up telefónica (48h e 72 h após alta) e presencial (30 dias após a cirurgia);

- Organização da pasta do projeto: documentos de apoio e formulários.

7 – RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

Concluimos que a uniformização do processo de ensino/capacitação ao doente/cuidador informal e a realização das consultas de Follow-Up telefónico contribuiu para a adesão ao regime terapêutico, diminuiu as complicações e o acesso dos doentes aos Serviços de Urgência e contato ao Serviço de Internamento para esclarecimento de dúvidas. Assim, os objetivos propostos foram concretizados.

A Consulta de Follow-Up viabilizou o acompanhamento da recuperação cirúrgica do doente, minimizando complicações e permitiu a validação e reajuste do plano

terapêutico. Fomentou, ainda, a resolução de complicações sem a necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência, diminuindo desta forma os custos para o doente e Serviço Nacional de Saúde.

Sendo a obesidade um problema com tantas repercussões a vários níveis da vida do doente é importante que a nova etapa da vida dele que começa, como muitos consideram, após a cirurgia, toda a esperança não se perca e ele se sinta o mais capacitado e apoiado possível para essa mudança, pela qual tanto esperou.

A cirurgia bariátrica permite a redução significativa do peso, com benefícios na saúde global do doente.

O enfermeiro, como elemento da equipa multidisciplinar, tem um importante papel na capacitação dos utentes, quer pelo tempo de permanência com o doente, quer pela relação de proximidade que consegue estabelecer com o mesmo.

Atkinson e Murray (1989) mencionam que, o ensino é parte integral da enfermagem, uma vez que é mediante este que a enfermeira ajuda os doentes a as suas famílias a aprender como manter a saúde, como restaurá-la ou adaptar-se, com uma independência máxima, a níveis alterados de saúde. Acrescentam, ainda, que no ensino individual a enfermeira, ao estar envolvida com uma pessoa de cada vez, vai de encontro às necessidades de aprendizagem específicas de determinado doente.

Terminamos, fazendo alusão ao que é mencionado no Livro Verde (2005), a saúde mental e física estão intimamente relacionadas, tendo como consequência a necessidade de integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados gerais prestados em meio hospitalar, pois dessa forma os

períodos de internamento podem ser reduzidos e por conseguinte os custos.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATKINSON, Leslie D; MURRAY, M.E. – Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1989, 618p.
- Branco, Teresa (2009) – O Regresso a Casa - Revista de Enfermagem Enformação, n.º 12, Dezembro;
- BEKER, Rafael (2018) - Obesidade X Qualidade de Vida WWW.estudioqualvida.com.br (Pesquisa a 25 de Janeiro 2018)
- JÚNIOR, Luiz Gonzaga Torres (2018) – Obesidade Mórbida X Qualidade de Vida WWW.hospitalviladaserra.com.br (Pesquisa a 25 Janeiro 2018)
- LIVRO VERDE – Melhorar a Saúde Mental da População. Rumo a uma estratégia de Saúde Mental para a União Europeia. Bruxelas. 2005. 25 p

MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



PAULA CRISTINA SANTOS ROCHA
Professora Assistente da ESEL

**MARIA CAROLINA DE MACEDO FERREIRA E
BIVAR BRANCO**
*Aluna do curso de licenciatura em enfermagem ESEL 4º
ano*

RAFAELA ESTEVÃO DA SILVA
*Aluna do curso de licenciatura em enfermagem ESEL 4º
ano*

RESUMO

A transplantação permite melhorar e aumentar a esperança e qualidade de vida dos doentes, representando, em certas situações clínicas, a única opção de tratamento. A maioria dos transplantes de órgãos é realizada através de dadores em morte cerebral, sendo que as principais causas de morte cerebral são patologias frequentemente abordadas no serviço de urgência. Muitas vezes, é nesta unidade que o processo de transplantação se inicia. Apesar de existir um aumento do número de transplantes ao longo dos anos, ainda é insuficiente face aos doentes que aguardam a doação de órgãos. Desta forma, é necessário que o potencial dador de órgãos seja devidamente identificado e que os enfermeiros tenham o conhecimento necessário para prestar os melhores cuidados de manutenção, de modo a evitar perdas de dadores e aumentar o sucesso dos transplantes. O presente trabalho tem como objetivos descrever a história e o protocolo de transplantação de órgãos de dadores em morte

cerebral em Portugal; identificar as alterações fisiopatológicas na pessoa potencial dadora de órgãos e determinar as intervenções e os cuidados de enfermagem que possibilitam o processo de transplantação no serviço de urgência. Para tal, realizámos uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, assim como pesquisa livre noutros motores de busca e em páginas de instituições de referência. Um dos principais focos de atenção dos profissionais de saúde é a estabilidade hemodinâmica, sendo que os cuidados visam a normalização fisiológica do potencial dador de órgãos. O enfermeiro tem a responsabilidade de intervir junto do potencial dador, a fim de prevenir ou corrigir as principais complicações advindas da morte cerebral, nomeadamente a nível cardiovascular, respiratório, circulatório, endócrino-metabólico, regulação da temperatura e prevenção de infeções.

Palavras-chave: morte cerebral; transplante de órgãos; cuidados de enfermagem; serviço de urgência

RESUMO

Organ transplantation improves and increases patients' hope and quality of life, representing, in certain clinical conditions, the only possible treatment. Most organ transplants are performed through brain-dead donors, whereas the main causes of brain death are frequent pathologies in the emergency department. It is in this unit that the transplantation process frequently begins. Even though the number of transplants has been increasing over the years, it is still insufficient compared to patients awaiting organ donation. Therefore, it is crucial that the proper identification of the potential organ donor is made and that nurses have the necessary knowledge to provide the best maintenance care, to avoid loss of donors and increase the success of transplants. The present paper aimed to describe the organ transplantation of brain-dead donors' history and protocol in Portugal,

INTRODUÇÃO

Apesar dos doentes potenciais dadores de órgãos poderem ser identificados em qualquer serviço, é maioritariamente nos serviços de urgência e de unidade de cuidados intensivos que o processo de doação e transplantação se inicia (Batista, 2018). A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017) evidencia que muitas das oportunidades de doação surgem nos serviços de urgência, e nem sempre são sinalizadas. Sendo o enfermeiro um dos primeiros profissionais de saúde a contactar com estes doentes, é de extrema importância que estejam alertas para estas situações e detenham o conhecimento necessário para prestar os melhores cuidados, tal como enfatiza a Emergency Nurse Association (Batista, 2018). A transplantação progrediu exponencialmente nos últimos séculos, permitindo melhorar e aumentar a esperança e qualidade de vida dos doentes, representando, em certas situações clínicas, a única opção de tratamento. Em Portugal, segundo o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST, 2019a), no ano de 2017 houve 351 dadores falecidos (330 em morte cerebral e 21 em paragem cardiocirculatória) e 89 dadores vivos. Nesse mesmo ano, havia 2250 doentes a aguardar

to identify the pathophysiological changes in the potential organ donor and to establish the interventions and nursing care that permit the transplantation process in the emergency department. For this purpose, we realized bibliographic research in scientific databases, as well as free research in other browsers and reference institutions' internet pages. One of the main focuses of health professionals' attention is hemodynamic stability, as their caring aim is the physiological normal condition of the potential organ donor. The nurse has the responsibility to intervene in the potential organ donor, preventing or correcting the main complications of brain death, in terms of cardiovascular, respiratory, circulatory, and endocrine-metabolic levels, as well as temperature regulation and infection prevention.

Keywords: brain death; organ transplantation; nursing care; emergency department.

transplante, tendo sido transplantados apenas 895 órgãos, sendo que 90% foram de dadores falecidos (Sistema Nacional de Saúde, s.d.; IPST, 2019a). Os números demonstram que, apesar de se assistir a um aumento de 37% no número de dadores falecidos nos últimos anos, ainda existe uma grande discrepância entre o número de pessoas que necessitam de transplante e o número de órgãos transplantados. Desta forma, é necessário que o potencial dador de órgãos seja devidamente identificado e assistido pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, de modo a evitar mais perdas de dadores e aumentar o sucesso dos transplantes (Rodrigues et al., 2014; OE, 2017).

Considerando que a maioria dos transplantes de órgãos é realizada através de dadores em morte cerebral, decidimos direccionar a nossa pesquisa, bem como o nosso trabalho, para esse tipo de dadores. A principal causa de morte cerebral em dadores falecidos é o acidente vascular cerebral, seguido de traumatismo crânio-encefálico e ainda, em menor número, outras causas médicas (IPST, 2019b), como tumores cerebrais, infeções e aneurismas. Pessoas com estas patologias são frequentemente atendidas nos serviços

de urgência, o que também justifica a abordagem deste tema. A pessoa potencial dadora de órgãos em morte cerebral sofre alterações fisiopatológicas a todos os níveis, que afetam o normal funcionamento dos órgãos, nomeadamente no que diz respeito a alterações cardíacas, respiratórias, termorreguladoras, endócrino-metabólicas e circulatórias. Assim sendo, consideramos adequado utilizar o referencial teórico de enfermagem de Virginia Henderson, uma vez que todas as Necessidades Humanas Fundamentais do potencial dador se encontram comprometidas.

Iremos apresentar, primeiramente, a contextualização do tema, onde incluímos: a definição dos conceitos principais em que se baseiam o documento; uma breve introdução da transplantação em Portugal, nomeadamente da história, aspetos ético-legais e estruturas organizacionais; a explicação dos critérios de diagnóstico da morte cerebral; os exames necessários para a avaliação do potencial dador de órgãos em morte cerebral; e ainda as alterações fisiopatológicas decorrentes da morte cerebral. Em seguida, será realizada a explicitação da metodologia utilizada para a seleção da bibliografia que irá responder à nossa questão de investigação. Posteriormente, abordaremos o quadro teórico de enfermagem pelo qual optamos e que consideramos mais adequado ao contexto em estudo. Depois, iremos apresentar os resultados encontrados na literatura acerca das intervenções de enfermagem ao potencial dador de órgãos, bem como a sua discussão.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Definição de Conceitos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009), transplantação é definida como a transferência de células, tecidos ou órgãos humanos de um dador para um recetor, com o objetivo de restaurar o funcionamento corporal. O dador é um indivíduo que, durante a vida ou depois da morte, é fonte de células, tecidos ou órgãos para fins de transplantação, podendo sê-lo durante a vida - dador vivo, ou depois da morte - dador falecido. Este último pode ainda ser classificado como dador falecido em morte cerebral ou dador falecido em morte cardiocirculatória, conforme declaração do óbito e diagnóstico, realizado por meio de critérios neurológicos ou de critérios circulatórios e respiratórios, respetivamente. O conceito de potencial dador de órgãos em morte cerebral é definido pela mesma organização, como sendo uma pessoa sem qualquer contraindicação médica para a doação e com o diagnóstico de morte cerebral iniciado ou concluído.

A Transplantação em Portugal

A história da transplantação em Portugal iniciou-se em 1969, ano em que o Professor Doutor Linhares Furtado realizou o primeiro transplante renal de dador vivo. A transplantação de órgãos de dadores falecidos tornou-se possível a partir de 1976, após a publicação do Decreto-Lei nº 553/76, que definia as condições em que poderiam ser colhidos órgãos e tecidos de uma pessoa falecida para fins terapêuticos. Em 1980, o Professor Doutor Linhares Furtado realizou, com sucesso, a primeira transplantação de rins de um dador falecido. A partir deste ano, os programas de transplantação em Portugal começaram a ser desenvolvidos, tendo-se

iniciado, inclusivamente, a transplantação de outros órgãos, como é o caso do coração em 1983, fígado em 1988 e pâncreas em 1993 (Mota, 1996).

Relativamente aos aspetos legais e éticos, atualmente é a Lei n.º 12/93 de 22 de abril, atualizada pelo Decreto-Lei n.º 168/2015 de 21 de agosto, que regula a colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana em Portugal. Esta legislação prevê, no artigo 11º, a existência de um Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA), regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de setembro. Este registo possibilita aos cidadãos exercer o seu direito de oposição à dádiva de órgãos e tecidos após a sua morte. Caso este registo não seja realizado, o indivíduo é automaticamente considerado dador, aplicando-se o princípio do consentimento presumido, definido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) Segundo a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa (EDQM, 2016) “a identidade do dador e do recetor deve ser mantida em absoluto sigilo (...), a fim de evitar abusos e proteger os dadores, recetores e as suas famílias contra sentimentos de ansiedade devido ao envolvimento emocional, culpa” (p.33), algo que está igualmente e devidamente consagrado na Lei n.º 12/93 de 22 de Abril que além disso, inclui ainda outros aspetos como a gratuidade dos transplantes e obrigatoriedade de serem realizados em estabelecimentos autorizados e por pessoas qualificadas. Destaca-se também que o processo de transplantação, nomeadamente a manipulação de órgãos e do corpo de dadores falecidos, deve integrar sempre o respeito pelo corpo humano e pelos direitos fundamentais (EDQM, 2016).

Em Portugal, o processo de transplantação é regulado pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) através da unidade de Coordenação Nacional da Transplantação (CNT), cujo uma das competências é “dinamizar, regular, normalizar, controlar e fiscalizar a atividade desenvolvida pela Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação” (Portaria n.º 165/2012 de 22 de maio). A sua organização é fundamentada em três níveis: nacional, através da CNT; regional, com o apoio dos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT); e local, onde se inserem os Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD), as Unidades de Colheita de Tecidos e Células e as Unidades de Transplantação (IPST, s.d.-a). A nível nacional existem 53 hospitais dadores que estão associados a determinado GGCT. O CHD de cada um destes hospitais é responsável pela identificação e referenciação de potenciais dadores de órgãos e tecidos ao GCCT respetivo. Existem cinco GCCT no país, dois dos quais localizados no Porto, um em Coimbra e dois em Lisboa. Estes gabinetes, por sua vez, fazem a interligação com as Unidades de Transplantação e as Unidades de Colheita de Tecidos e Células, promovendo a distribuição dos órgãos, tecidos e células para os respetivos recetores (IPST, 2019a). Os órgãos colhidos para transplante em Portugal são o rim, fígado, coração, pâncreas e pulmão, sendo ainda permitida a doação de tecidos, como córneas, válvulas cardíacas, segmentos vasculares, pele e tecidos osteotendinosos (IPST, s.d.-b). A nível nacional, existem 8 Unidades de Transplantação de rim, 4 de coração, 3 de fígado, 2 de pâncreas e 1 de pulmão (IPST, 2019a).

A Morte Cerebral

A definição de morte cerebral, segundo a Declaração da Ordem dos Médicos, é a cessação irreversível das funções do tronco cerebral. Para o estabelecimento deste diagnóstico é necessário a confirmação das seguintes condições:

conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica; estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; ausência de respiração espontânea; constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas anteriormente (Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.o da Lei n.o 12/93, de 22 de abril, 1994).

A determinação da morte cerebral é realizada através de provas, que visam a confirmação da ausência de reflexos do tronco cerebral e de respiração espontânea do doente. Estas devem ser efetuadas, pelo menos, em dois momentos distintos e por dois médicos especialistas, sendo que nenhum deles poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos e tecidos e pelo menos um não pode pertencer à unidade em que o doente está internado (Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.o da Lei n.o 12/93, de 22 de abril, 1994). Para a confirmação da morte cerebral são avaliados os reflexos fotomotores, oculocefálico, oculovestibulares, corneopalpebrais, faríngeo e traqueal (André, 2002; Wijdicks et al., 2010). Para além dos exames anteriormente referidos, é ainda realizada uma prova de apneia para verificar a ausência de respiração espontânea. O diagnóstico de morte cerebral

é confirmado se, durante um período de 10 minutos, não forem observados movimentos respiratórios e se a pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO₂) for igual ou superior a 60 mmHg (Wijdicks et al., 2010). Após a realização deste teste, o doente é novamente conectado ao ventilador mecânico (Guetti & Marques, 2008). Por fim, é avaliada a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico que comprovem a ausência de circulação intracraniana, como a angiografia cerebral, o doppler transcraniano (DTC), a cintilografia cerebral e a ressonância magnética (RM), ou ainda a cessação da atividade elétrica cerebral, através do eletroencefalograma (EEG) (Guetti & Marques, 2008). De acordo com Lucas (2017) o diagnóstico de morte cerebral é uma competência médica, porém o enfermeiro deverá possuir todo o conhecimento técnico e científico, de modo a colaborar de forma ativa neste processo, como parceiro da equipa multidisciplinar. No serviço de urgência, é frequente a admissão de doentes em situação neurocrítica, que para além de terem de ser submetidos às intervenções gerais prioritárias ABCDE (Via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção Neurológica, Exposição), no caso de existirem danos neurológicos considerados irreversíveis, a equipa médica deverá ainda avaliar a possibilidade do seu quadro clínico evoluir para morte cerebral. Assim sendo, estes doentes deverão ser sempre monitorizados como potenciais dadores e sujeitos às provas de morte cerebral, mesmo que não venham a ser dadores (Barros et al., 2012).

Avaliação do Potencial Dador de Órgãos em Morte Cerebral

Uma vez identificado um potencial dador em

morte cerebral, é necessário averiguar a sua adequação, garantindo que qualquer órgão ou tecido que será transplantado tenha uma qualidade aceitável e não acarrete riscos inadmissíveis para o recetor. Desta forma, é realizada uma avaliação geral do doente com base na sua história clínica e comportamental, com recurso ao processo clínico e à entrevista com os familiares, e em exames complementares de diagnóstico. A entrevista com os familiares deve ter em conta que estes se encontram em luto, pelo que se deve evitar aumentar a sua tensão. Ainda assim, a recolha de dados junto da família é relevante, já que permite o conhecimento da história clínica e doenças pré-existentes, o historial de possíveis comportamentos de risco, como abuso de substâncias e relações sexuais desprotegidas, anterior exposição a agentes químicos ou radiação, infeções tropicais adquiridas durante viagens ao estrangeiro, imunizações recentes com vacinas vivas, transfusões de sangue, transplantes, piercings corporais ou tatuagens nos 12 meses anteriores à morte ou ainda doenças congénitas ou hereditárias relevantes e que sejam passíveis de interferir com o sucesso da transplantação (EDQM, 2016).

Relativamente aos exames complementares a serem realizados, estes incluem análises clínicas (tipagem, hemograma completo, bioquímica, coagulação, serologias, hemoculturas e uroculturas) e exames imagiológicos (radiografia e ecografia), sendo requisitados de acordo com as necessidades identificadas e o(s) órgão(s) a ser transplantado(s) (Westphal et al., 2016). De acordo com Westphal et al. (2016) as contraíndicações absolutas para a utilização de órgãos de um potencial dador são consideradas quando “o risco

da transmissão de alguma doença supera a possibilidade de benefício dos potenciais receptores dos órgãos” (p.235). Constituem contraíndicações absolutas condições como raiva, tuberculose ativa, seropositividade Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), neoplasia maligna ativa (exceto alguns tumores primários, não-metastáticos, do sistema nervoso central, bem como neoplasias de baixo grau, curadas e raramente metastáticas), infeções sistémicas graves não tratadas ou de origem desconhecida, doentes com risco de prião, hepatite viral ou uso de vacinas vivas nas 4 semanas anteriores à morte, ainda que possam existir algumas exceções às condições referidas (EDQM, 2016). Segundo a Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT, s.d.), a idade não é uma contraíndicação para a doação de órgãos. Porém é desejável que os dadores tenham entre os 15 e 55 anos, sendo cada caso analisado individualmente, de acordo com o tipo de órgão a transplantar e a história clínica do dador.

Alterações Fisiopatológicas da Morte Cerebral

O sistema nervoso é responsável pela regulação das funções do organismo. Na morte cerebral, esta regulação fica comprometida, o que desencadeia um processo complexo e induz alterações em todos os sistemas do corpo, podendo comprometer a estabilidade hemodinâmica e o funcionamento adequado dos órgãos (Rech & Rodrigues Filho, 2007). Segundo Henderson (2006) os enfermeiros devem ter a capacidade de compreender as condições e as doenças que alteram cada uma das necessidades humanas fundamentais do doente. Desta forma, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento das

alterações fisiopatológicas decorrentes da morte cerebral que podem interferir com a viabilidade e qualidade dos órgãos a serem transplantados, de modo a compreender e adequar as suas intervenções para a melhor manutenção do potencial dador (Guetti & Marques, 2008; Peiffer, 2007). A morte cerebral é um processo complexo. O aumento da pressão intracraniana (PIC) em consequência dos danos nos tecidos cerebrais e acumulação excessiva de líquidos após lesão cerebral grave, leva a uma isquemia cerebral progressiva. Este processo é acompanhado pela tríade de Cushing, que representa o esforço final do organismo em manter a perfusão cerebral, caracterizada por resistência vascular sistêmica e hipertensão arterial. A falência desse mecanismo provoca a progressão da isquemia que, ao atingir o bulbo, suprime a atividade vagal, originando uma resposta autônoma simpática maciça, denominada de "tempestade simpática/autonômica" (Dictus et al., 2009; Rech & Rodrigues Filho, 2007; Peiffer, 2007). Essa estimulação simpática tem curta duração e envolve a libertação acentuada de catecolaminas, sendo este período caracterizado por taquicardia, aumento do débito cardíaco, hipertensão e hipertermia (Dictus et al., 2009; Jiang & Downing, 1990). Posteriormente, esta resposta simpática finda e o resultado é uma profunda vasodilatação, hipotensão, bradicardia e hipoperfusão (Peiffer, 2007).

A nível do sistema cardiovascular, como descrito anteriormente, verificam-se alterações muito significativas. A libertação de catecolaminas durante a tempestade autonômica produz vasoconstrição, que, por sua vez, provoca hipertensão arterial, taquicardia e aumento da demanda de

oxigénio por parte do miocárdio, sendo geralmente um evento autolimitado (Rech & Rodrigues Filho, 2007; Dictus et al., 2009). Posteriormente, ocorre hipotensão arterial, que constitui a alteração fisiopatológica mais frequente da morte cerebral (Smith, 2004), podendo causar hipoperfusão e comprometer o funcionamento de todos os órgãos. Esta hipotensão decorre não só da hipovolemia, relacionada com a perda de funções simpáticas, como também de possíveis hemorragias, diabetes insípida ou terapia osmótica utilizada no tratamento da PIC. Devido a todas estas alterações, pode ainda verificar-se isquemia e necrose miocárdica, além de disritmias cardíacas (Rech & Rodrigues Filho, 2007; Dictus et al., 2009).

A respiração é controlada pelo centro respiratório que está localizado no tronco cerebral. No doente potencial dador de órgãos em morte cerebral é então necessário manter suporte ventilatório mecânico, dado que a isquemia desta estrutura do sistema nervoso e consequente disfunção do centro respiratório, leva a uma incapacidade do doente para respirar espontaneamente. A disfunção pulmonar é frequente no doente potencial dador de órgãos, podendo estar relacionada com pneumonia, aspiração de conteúdo gástrico, traumatismo pulmonar e edema pulmonar, estando este último presente em cerca de 20% dos doentes em morte cerebral (Intensive Care Society, 2005). Isto acontece porque a estimulação simpática, assim como a resposta inflamatória, decorrentes da morte cerebral, causam vasoconstrição e alterações teciduais nos capilares pulmonares, levando diretamente ao aumento da permeabilidade capilar. Consequentemente, o líquido intersticial

desloca-se dos capilares e acumula-se no espaço intersticial e alvéolos, podendo provocar edema pulmonar e comprometer a ventilação do doente. A reposição excessiva de fluídos durante este período de instabilidade hemodinâmica, pode também contribuir para o agravamento do edema (Smith, 2004).

A função hipotalâmica é perdida com a morte cerebral, pelo que a termorregulação deixa de ser realizada (Rech & Rodrigues Filho, 2007). Esta alteração, associada à vasodilatação com aumento da perda de calor, incapacidade de tremer para produzir calor e redução da atividade metabólica, resulta em diminuição da temperatura e consequente hipotermia (Smith, 2004). Este decréscimo pode provocar diversas complicações e comprometer a viabilidade dos órgãos, como é o caso das disritmias, coagulopatias, e diurese induzida pelo frio (Rech & Rodrigues Filho, 2007). Segundo Peiffer (2007), a disfunção do eixo hipotálamo-hipófise provoca a diminuição gradual das concentrações hormonais, principalmente da hormona antidiurética (ADH), que resulta em diabetes insípida em aproximadamente 80% dos doentes em morte cerebral (Westphal et al., 2011b). A diabetes insípida caracteriza-se por poliúria com hipovolemia secundária, hipernatremia e hiperosmolaridade sérica. Constitui, deste modo, uma causa relevante de hipotensão e hipoperfusão, contribuindo para inúmeros distúrbios hidroeletrólíticos e instabilidade hemodinâmica (Shah & Bhosale, 2006; Rech & Rodrigues Filho, 2007). A hiperglicemia pode também estar presente devido ao comprometimento da secreção de insulina e aumento da resistência periférica à insulina durante a tempestade simpática, e ainda devido ao stress e da infusão de soluções

glicosadas (Dictus et al., 2009; Guetti & Marques, 2008). A hiperglicemia pode causar distúrbios eletrolíticos e diurese osmótica e, conseqüentemente, hipovolemia (Shah & Bhosale, 2006; Rech & Rodrigues Filho, 2007). De acordo com Smith (2004) poderá ainda ocorrer coagulação intravascular disseminada, prevalente em 28% dos doentes em morte cerebral. Esta alteração surge na sequência da lesão do tecido cerebral, que ao libertar tromboplastina e outros substratos ricos em plasminogénio, estimula a ativação da cascata de coagulação. Dependendo da extensão da lesão, este processo pode provocar deposição disseminada de fibrina, trombose microvascular com falência orgânica e depleção dos fatores de coagulação e trombocitopenia, constituindo um risco aumentado para hemorragias e, conseqüentemente, anemia (Harhangi et al., 2008). Além disso, hipotermia, grande aporte de volumes, transfusões sanguíneas e diluição dos fatores de coagulação, podem também ser causas da coagulação intravascular disseminada (Shah & Bhosale, 2006).

Por fim, destacam-se também os distúrbios do equilíbrio ácido-base, sendo que é mais frequente ocorrer alcalose respiratória e acidose metabólica. A alcalose respiratória geralmente é desencadeada pela hiperventilação mecânica e tratamento diurético utilizado para a diminuição da PIC. Por outro lado, a acidose metabólica, pode resultar da hipoperfusão e da diminuição dos níveis de hormona triiodotironina (T3), que se sucede após a morte cerebral, com consequente transição de metabolismo aeróbio para anaeróbio e aumento da produção e acumulação de ácido láctico (Rech & Rodrigues Filho, 2007).

PERCURSO METODOLÓGICO

De modo a orientar a pesquisa, formulámos a seguinte questão de partida: "Qual a atuação do enfermeiro ao potencial dador de órgãos no serviço de urgência?", através da estratégia PICO (População - potencial dador de órgãos; Intervenção - atuação do enfermeiro; Contexto - serviço de urgência). A pesquisa bibliográfica realizou-se durante o mês de março de 2020, com recurso às bases de dados *Academic Search Complete*; *CINAHL Complete*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Clinical Answers*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*; *MedicLatina* e *MEDLINE Complete*, através do motor de busca EBSCO. Recorremos também aos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo. Os descritores utilizados

foram formulados em inglês e português, de acordo com a plataforma utilizada: (Transplante de Órgãos OU Transplantação OU Doação de órgãos OU Dador de órgãos) E (Enfermeiro OU Cuidados de Enfermagem OU Intervenções de Enfermagem) E (Serviço de Urgência OU Urgências); e (*Organ transplantation OR Organ donor OR Organ procurement OR Transplant*) AND (*Nursing OR Nurses OR Nursing care*) AND (*Emergency service OR Emergency nursing OR Emergency department OR Emergency room*). Para além das plataformas referidas, foi realizada pesquisa livre, incluindo em páginas de instituições de referência, como a Direção-Geral da Saúde (DGS), Organização Mundial da Saúde (OMS), a OE e o IPST e posterior pesquisa de referências bibliográficas sugeridas em documentos e artigos consultados.

Figura 1. Metodologia

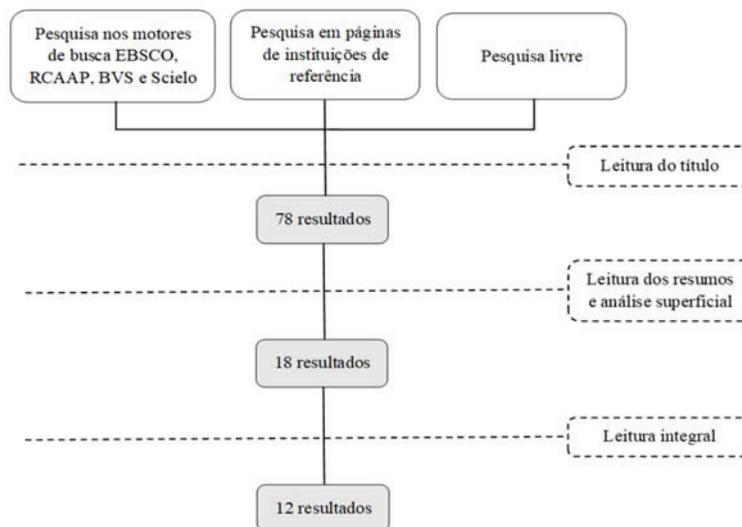


Tabela 1. Artigos selecionados para a revisão narrativa da literatura

Autores e Ano	Tipologia	Objetivo	Tópicos abordados
Barros et al. (2012)	Revisão da literatura	- Refletir sobre os cuidados ao potencial dadora de órgãos; - Salientar a importância da rápida agilização de métodos e procedimentos de toda a equipa multidisciplinar com enfoque no serviço de urgência.	- Procedimentos necessários para o diagnóstico de morte cerebral; - Principais complicações da morte cerebral; - Intervenções ao doente neurocrítico potencial dador de órgãos no serviço de urgência.
Becker et al. (2014)	Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa	- Conhecer a atuação dos estudantes de enfermagem perante a manutenção do potencial dador de órgãos.	- Principais intervenções de enfermagem para a manutenção da pessoa potencial dadora de órgãos em morte cerebral.
Bugedo et al. (2014)	Revisão da literatura	- Alertar a comunidade médica para a necessidade de otimizar a função dos órgãos para transplante.	- Alterações decorrentes da morte cerebral; - Manutenção do potencial dador.
Dictus et al. (2009)	Revisão da literatura	- Discutir as alterações fisiopatológicas associadas à morte cerebral; - Apresentar as <i>guidelines</i> do Departamento de Neurocirurgia e do Departamento de Cirurgia Geral e Transplantação.	- Alterações fisiopatológicas associadas à morte cerebral; - Considerações o e tratamento a nível cardiovascular, pulmonar, endócrino, renal e hepático; - Tratamento das complicações.
Guetti & Marques (2008)	Revisão narrativa da literatura com base na Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos e Associação de Medicina Intensiva Brasileira	- Descrever a atuação do enfermeiro na manutenção fisiológica de um potencial dador de órgãos.	- Aspectos éticos relacionados à colheita de órgãos e tecidos; - Repercussões fisiopatológicas da morte cerebral; - Procedimentos necessários para o diagnóstico de morte cerebral; - Intervenções de enfermagem na manutenção fisiológica do potencial dador de órgãos.
Peiffer (2007)	Revisão da literatura	- Explicar aos enfermeiros os critérios de morte cerebral; - Descrever as principais intervenções de enfermagem na manutenção do potencial dador.	- Critérios e parâmetros de diagnóstico da morte cerebral; - Alterações fisiopatológicas decorrentes da morte cerebral e implicações para os cuidados de enfermagem.
Rech & Rodrigues Filho (2007)	Revisão da literatura	- Rever os aspetos fisiopatológicos da morte cerebral; - Resumir estratégias terapêuticas atuais para o cuidado otimizado do potencial dador de órgãos.	- Fisiopatologia da morte cerebral; - Intervenções de enfermagem gerais e específicas ao potencial dador de órgãos em morte cerebral.
Shah & Bhosale (2006)	Revisão da literatura	- Abordar o processo de identificação do potencial dador de órgãos; - Rever as alterações fisiopatológicas decorrentes da morte cerebral.	- Reconhecimento do potencial dador de órgãos; - Fisiopatologia da morte cerebral; - Cuidados gerais e monitorização do potencial dador de órgãos; - Complicações e tratamento.
Westphal et al. (2011a)	Revisão da literatura	- Uniformização dos cuidados prestados ao potencial dador de órgãos em morte cerebral.	- Aspetos gerais da manutenção do potencial dador de órgãos; - Medidas de suporte hemodinâmico aplicadas ao potencial dador de órgãos.
Westphal et al. (2011b)	Revisão da literatura	- Uniformização dos cuidados prestados ao potencial dador de órgãos em morte cerebral.	- Gestão da ventilação mecânica; - Medidas de controlo endócrino-metabólico e de aspetos hematológicos e infecciosos.
Westphal et al. (2011c)	Revisão da literatura	- Uniformização dos cuidados prestados ao potencial dador de órgãos em morte cerebral.	- Medidas para a manutenção específica dos órgãos para doação.
Zavotsky & Tamburri (2007)	Estudo de caso clínico	- Discutir o processo de doação de órgãos e tecidos; - Rever as estratégias implementadas por um serviço de urgência para melhorar a prática clínica.	- Componentes das provas de morte cerebral; - Intervenções de enfermagem prioritárias e principais complicações da morte cerebral.

QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

As teorias de enfermagem estabelecem um aspecto fundamental para a prestação de cuidados de excelência, uma vez que suportam e guiam a prática clínica e permitem ao enfermeiro olhar para a pessoa de uma forma holística. Na nossa perspetiva, a Teoria das 14 Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson é a que melhor se relaciona com a pessoa potencial dadora de órgãos em morte cerebral. Para Henderson (1966),

a função do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica), que ele faria sozinho caso tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários (p.15).

Segundo Tomey & Alligood (2002) a autora identificou 14 Necessidades Humanas Fundamentais que constituem o alicerce dos cuidados de enfermagem, progredindo das necessidades físicas até às psicossociais, sendo que algumas consideram-se vitais, tais como respirar, comer e beber, eliminar, dormir e repousar e manter a temperatura corporal nos limites normais. No caso da pessoa potencial dadora de órgãos em morte cerebral, consideramos ainda importantes as necessidades manter o corpo limpo e proteger os tegumentos, e evitar os perigos (infecções). Nestas situações específicas, não é expectável que a pessoa recupere a sua saúde e independência, no entanto é necessário que o enfermeiro satisfaça as Necessidades Humanas Fundamentais do doente, que se encontram totalmente comprometidas, substituindo-o de modo completo, "com fim último de transferir o dom da vida, para outro ser humano, que

aguarda um transplante" (Nicely & DeLario, 2011, p.77).

A família do doente potencial dador de órgãos pode igualmente ser um foco de atenção dos cuidados de enfermagem, sendo que dentro das Necessidades Humanas Fundamentais, destacam-se o comunicar, praticar a sua religião e aprender, na medida em que a família poderá necessitar de suporte emocional, informação e esclarecimento de dúvidas, facilitando também o processo de luto.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Resultados

A morte cerebral acarreta alterações fisiopatológicas, como foi explicado anteriormente, pelo que é fundamental o conhecimento destas por parte do enfermeiro para a manutenção do potencial dador, isto é, uma abordagem clínica que permita manter os órgãos viáveis até à sua colheita (WHO, 2009). Um dos principais focos de atenção dos profissionais de saúde é a estabilidade hemodinâmica, sendo que o enfermeiro tem a responsabilidade de intervir junto do potencial dador, a fim de evitar ou corrigir as principais complicações (Barros et al., 2012). Os enfermeiros são responsáveis pela avaliação e controle de todos os parâmetros hemodinâmicos do potencial dador, sendo que se recomenda uma monitorização adequada da frequência cardíaca, pressão arterial invasiva, pressão venosa central, diurese e balanço hídrico, temperatura, glicémia capilar, valores gasométricos e oximetria de pulso (Guetti & Marques, 2008; Rech & Rodrigues Filho, 2007).

Os cuidados gerais de enfermagem devem ser continuados após a morte cerebral. Dentro destes, destaca-se a importância de prevenir infecções, através de um maior rigor e adesão aos princípios de assepsia aquando realização de procedimentos (Becker et al., 2014). Apesar da infeção presumida ou comprovada, não ser uma contraindicação para a doação de órgãos, poderá ser necessária a administração de antibióticos (D'Império, 2007). Shah & Bhosale (2006) e (Westphal et al., 2011c) destacam ainda os cuidados à pele e a alternância de decúbitos em intervalos de 2 horas, de modo a prevenir úlceras por pressão e atelectasias. Para além disso, os cuidados devem incidir também na manutenção dos cateteres vesical, venosos e arterial e na minimização do risco de infeção a estes associada. Nestes doentes pode ainda ser necessária a introdução de uma sonda nasogástrica para alimentação entérica ou para descompressão gástrica, de modo a prevenir a aspiração de conteúdo, carecendo, deste modo também de manutenção por parte do enfermeiro (Shah & Bhosale, 2006; Westphal et al., 2011b)

Nos doentes críticos fisiologicamente instáveis, como são os doentes potenciais dadores de órgãos, a monitorização hemodinâmica realiza-se com recurso a técnicas invasivas, uma vez que são mais precisas (Westphal et al., 2011a) e permitem a avaliação de pressões intracardíacas, intrapulmonares e intravasculares, para além de possibilitarem a análise da eficácia da terapia (Ramos et al., 2008). A avaliação invasiva e contínua da pressão arterial é realizada através de um cateter arterial (Dictus et al., 2009), sendo que deve manter-se idealmente valores de pressão arterial sistólica (PAS) superiores a 100 mmHg

(Becker et al., 2014) e pressão arterial média (PAM) entre 70 e 100 mmHg (EDQM, 2016). A pressão venosa central (PVC) é outra medida de pressão sanguínea que deve ser avaliada, e pode ser monitorizada com recurso a um cateter venoso central (CVC), com valores alvo entre 7 e 10 mmHg (EDQM, 2016). A PVC indica, especificamente, a pressão cardíaca direita (pré-carga) e o estado de hidratação, sendo uma boa medida para avaliação da resposta do doente à reposição da volemia (Becker et al., 2014). Considerando que a hipovolemia e a hipotensão são os problemas mais comuns no potencial dador de órgãos (Bugedo et al., 2014), é essencial a monitorização destes parâmetros por parte do enfermeiro. Para a correção da hipovolemia e da hipotensão é imprescindível a reposição da volemia através da administração de fluidoterapia, geralmente realizada com soluções cristaloides, como o lactato de ringer ou cloreto de sódio a 0,9% ou 0,45% (Dictus et al., 2009). De acordo com Rech & Rodrigues Filho (2007), se a hipotensão persistir após reposição volémica adequada, deverá ser ponderada a utilização de fármacos inotrópicos e vasopressores para restaurar a perfusão tecidual, como a adrenalina, noradrenalina, dopamina e vasopressina. A reposição de fluidos é idealmente realizada através de uma veia periférica de grande calibre, enquanto os fármacos inotrópicos e vasopressores deverão ser administrados em veias centrais, através de um lúmen exclusivo do CVC, de modo a evitar o uso concomitante desta medicação (Guetti & Marques, 2008). Para além disso, está preconizado a utilização de uma bomba infusora na administração desta terapêutica, permitindo um maior controlo da infusão (Lemes & Bastos, 2007).

As bradiarritmias ou taquiarritmias constituem outro desafio hemodinâmico no potencial dador de órgãos. A monitorização eletrocardiográfica é indispensável para a identificação e diagnóstico precoce destas disritmias cardíacas (Guetti & Marques, 2008), sendo que a EDQM (2016) indica valores de referência de frequência cardíaca (FC) entre 70 e 100 bpm. Torna-se também fundamental prevenir e tratar disritmias cardíacas através da correção de fatores causais reversíveis, como distúrbios eletrolíticos e ácido-base, hipovolemia, hipotensão, hipotermia e/ou administração excessiva/inadequada de catecolaminas (Westphal et al., 2011a). Conforme o tipo de disritmia, poderá ser necessária a administração de fármacos como amiodarona, lidocaína, isoprenalina, epinefrina, entre outros (sulfato de magnésio e cloreto de potássio), sendo que não deve ser administrada atropina em caso de bradiarritmias, uma vez que esta medicação é ineficácia na ausência de resposta vagal (Wood et al., 2004).

As complicações no sistema respiratório estão associadas à morte cerebral assim como a outras lesões decorrentes da ventilação mecânica. Os modos ventilatórios recomendados para estes doentes são as ventilações controladas por volume ou por pressão, sendo que a pressão positiva no final da expiração (PEEP) deverá variar entre 5 e 10 cmH₂O e a FiO₂ deve ser a menor possível para atingir uma PaO₂ superior a 90 mmHg e uma saturação periférica de oxigénio (SpO₂) igual ou superior a 95% (Rech & Rodrigues Filho, 2007; EDQM, 2016). Outros parâmetros a serem monitorizados são o pH, que se deverá manter entre 7,35 e 7,45, e a PaCO₂ entre 35 e 40 mmHg (Guetti & Marques, 2008). Desta forma,

estes doentes são frequentemente sujeitos a gasometrias arteriais e radiografias de tórax, para avaliação da sua função respiratória (Becker et al., 2014; Westphal et al., 2011c). No caso de ocorrer distúrbios no equilíbrio ácido-base, pode ser necessário ajustar os parâmetros ventilatórios, além de tratar a causa subjacente (Shah & Bhosale, 2006). De forma a permitir uma adequada ventilação, o tubo endotraqueal possui um cuff, cuja função é selar a via aérea, de forma a impedir o refluxo de conteúdo gástrico para o interior do trato respiratório inferior, bem como a fuga de ar inspirado durante a ventilação, sendo que o valor de pressão do cuff deve estar compreendido entre os 20 mmHg e 30 mmHg (Stanzani et al., 2009). Becker et al. (2014) sugerem a importância de avaliar a pressão do cuff através de um cufometro. Se a pressão for excessiva poderá causar obstruções no fluxo sanguíneo e consequente lesão e infeção na mucosa traqueal, por outro lado, se a pressão for escassa, aumenta o risco de pneumonia por aspiração (Becker et al., 2014; Stanzani et al., 2009). Deste modo, os enfermeiros devem estar atentos aos parâmetros do ventilador e à pressão do cuff do tubo endotraqueal e monitorizar os valores da gasometria arterial e oximetria de pulso. Alguns autores destacam ainda intervenções de enfermagem relevantes, como a aspiração de secreções com baixas pressões, alternância de decúbitos e elevação da cabeceira da cama do doente entre 30° e 45°, com especial atenção durante as mobilizações para não clampar ou desconectar acidentalmente o sistema de ventilação. Estes cuidados têm como objetivo melhorar as trocas gasosas, assim como evitar atelectasias e infeções (Rech & Rodrigues Filho, 2007; Westphal et

al., 2011c; Becker et al., 2014).

Relativamente à administração de terapêutica, segundo Dictus et al. (2009) os corticóides e as soluções colóides têm demonstrado benefícios na oxigenação e função pulmonar dos potenciais dadores. No entanto, a administração de fluídos deve ser cuidadosamente monitorizada, tendo em consideração os valores hemodinâmicos (PAS, PAM e PVC), dado o risco de edema pulmonar, como já foi referido anteriormente (Westphal et al., 2011c).

A hipotermia é um dos principais problemas nos doentes em morte cerebral. A monitorização da temperatura é uma intervenção exclusiva de enfermagem, sendo que se devem adotar medidas que permitam a manutenção de uma temperatura central superior a 35°C (Guetti & Marques, 2008). De acordo com Becker et al. (2014) e Guetti & Marques (2008) aquecer o ambiente, utilizar aquecedor elétrico de cama, cobertores e mantas térmicas, infundir soluções intravenosas aquecidas e realizar irrigação gástrica com soluções aquecidas, são ações adequadas para prevenir e tratar a hipotermia.

A diabetes insípida é o distúrbio endócrino mais frequente nos potenciais dadores em morte cerebral, lembrando que se caracteriza por poliúria, hipernatremia, hipovolemia secundária e hiperosmolaridade sérica. É assim essencial proceder ao tratamento desta complicação, uma vez que está associada a instabilidade hemodinâmica (Rech & Rodrigues Filho, 2007). A gestão da diabetes insípida requer a monitorização da diurese, que se deve manter entre 1 e 2 mL/kg/h, e dos eletrólitos séricos, nomeadamente do sódio (Na⁺), que deve ter valores compreendidos entre 135 e

145 mEq/L (EDQM, 2016). O tratamento adequado consiste na reposição volémica, normalmente com soluções de cloreto de sódio a 0,45%, quando os níveis de sódio estão dentro dos valores supracitados, ou dextrose a 5% em água, no caso de existir hipernatremia (Dictus et al., 2009). Recorrentemente, a diurese é excessiva e a reposição volémica não é suficiente, sendo necessária a introdução de terapia hormonal com vasopressina (ADH) ou desmopressina, dado o efeito antidiurético e vasoconstritor desta terapêutica (Rech & Rodrigues Filho, 2007; Dictus et al., 2009). A poliúria decorrente da diabetes insípida, para além de poder provocar hipernatremia, pode ainda ocasionar um desequilíbrio no nível sérico de outros iões, nomeadamente hipofosfatemia, hipocalcemia, hipocaliemia e hipomagnesemia. Estas alterações podem causar disritmias, hipotensão e diminuição da contratilidade miocárdica, pelo que deverá ser realizada a monitorização sérica destes eletrólitos e ponderada a sua correção (Dictus et al., 2009; Westphal et al., 2011b).

A hiperglicemia constitui também uma causa de hipovolemia, pelo que é imprescindível que o enfermeiro faça uma monitorização rigorosa da glicemia capilar (Peiffer, 2007), podendo ser necessária a administração de insulina para atingir a normoglicemia (entre 80 e 150 mg/dl) (Zavotsky & Tamburri, 2007). As coagulopatias são muito comuns nos potenciais dadores de órgãos, nomeadamente a coagulação intravascular disseminada. Segundo Guetti & Marques (2008), a equipa de enfermagem deve estar alerta para esta complicação e para a sua manifestação clínica, nomeadamente para a ocorrência de hematúria, gengivorragias ou hemorragias persistentes em locais de

inserção de dispositivos. De forma a despistar estas alterações devem ser analisados os parâmetros laboratoriais do doente, sendo que Dictus et al. (2009) recomendam valores mínimos de hematócrito e hemoglobina de 30% e 10 mg/dl, respetivamente, e valores de plaquetas iguais ou superiores a 50 000 /mm³. Caso se verifique este distúrbio pode ser necessária a administração de concentrado eritrocitário, plaquetas, plasma

e/ou fibrinogénio, conforme a prescrição médica (Dictus et al., 2009; Westphal et al., 2011b).

Os valores alvo estabelecidos para a monitorização e manutenção do potencial dador não são consistentes na literatura consultada, apesar disso, foram sintetizados os valores anteriormente citados, que estão presentes na Tabela 2.

Tabela 2. Parâmetros e valores alvo na manutenção do potencial dador de órgãos

Parâmetros e valores alvo na manutenção do potencial dador de órgãos
• FC: 70-100 bpm ⁽¹⁾
• PAS ≥ 100 mmHg ⁽²⁾
• PAM: 70-100 mmHg ⁽¹⁾
• PVC: 7-10 mmHg ⁽¹⁾
• Diurese: 1-2ml/kg/h ⁽¹⁾
• Temperatura > 35°C ⁽³⁾
• Gasometria arterial: pH 7,35-7,45 ⁽³⁾ ; PaO ₂ > 90 mmHg ⁽⁵⁾ ; PaCO ₂ 35-40 mmHg ⁽³⁾
• SpO ₂ ≥ 95% ⁽¹⁾
• Glicémia capilar: 80-150 mg/dl ⁽⁴⁾
• Na ⁺ : 135-145 ⁽¹⁾
• Hematócrito: 30% ⁽⁶⁾
• Hemoglobina > 10 mg/dl ⁽⁶⁾
• Plaquetas ≥ 50 000 /mm ³ ⁽⁶⁾

IEDQM, 2016; 2 Becker et al., 2014; 3 Guetti & Marques, 2008;

4 Zavotsky & Tamburri, 2007; 5 Rech & Rodrigues Filho, 2007; 6 Dictus et al., 2009

Discussão de Resultados

Considerando a literatura consultada, constatamos que os enfermeiros têm um papel fundamental no que diz respeito à manutenção do potencial dador de órgãos, pelo tempo que passam junto da pessoa e pelos cuidados que lhes podem oferecer. Por outro lado, como afirma Peiffer (2007), doentes com danos cerebrais graves são monitorizados cautelosamente pelos enfermeiros. Desta forma, a equipa de enfermagem pode ter um papel ativo no reconhecimento precoce de sinais de descompensação destes doentes e assim, em conjunto com a equipa de saúde, iniciar o processo de determinar se estarão, ou

não, perante um potencial dador de órgãos. As Intervenções de Enfermagem, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), visam a “manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade” (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro). Também nesta perspetiva, a teoria de Virginia Henderson, pode servir como um guia para os cuidados, nomeadamente as necessidades de respirar, eliminar, comer e beber, dormir e repousar e manter a temperatura corporal nos limites normais, que se encontram totalmente comprometidas. De maneira a satisfazer

essas necessidades, é então importante que os enfermeiros estabeleçam um conjunto de intervenções adequadas à situação em questão. No caso da pessoa potencial dadora de órgãos em morte cerebral, já não é expectável a sua recuperação total, contudo as intervenções continuam a ser necessárias para a manutenção das suas funções vitais, de modo a preservar viavelmente os órgãos para transplante.

Desta forma, de acordo com a literatura encontrada, efetuamos uma tabela (Tabela 3) que resume as intervenções de enfermagem mais referidas e mais destacadas pelos autores, que têm como objetivo principal a estabilidade hemodinâmica do doente e

evitar e/ou tratar as principais complicações advindas da morte cerebral, suprimindo assim as suas necessidades fundamentais.

Uma vez que a manutenção do potencial dador em morte cerebral é um trabalho de equipa e que não funciona sem parceria entre os diversos profissionais de saúde, decidimos ainda dividir as intervenções de enfermagem em autónomas e interdependentes. Segundo o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro), são autónomas “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” e interdependentes.

Intervenções de Enfermagem	
Intervenções Autónomas	Intervenções Interdependentes
<ul style="list-style-type: none"> • Proteção contra infeções e utilização de medidas de assepsia • Alternância de decúbitos de 2 horas (manter a cabeceira da cama entre 30º e 45º); • Supervisão e cuidados à pele; • Colocação de cateteres venosos periféricos; • Manutenção de cateteres venosos central e periférico e cateter arterial; • Monitorização hemodinâmica invasiva (PVC, PAM e PAS); • Monitorização eletrocardiográfica; • Monitorização respiratória e da oximetria de pulso (verificar parâmetros e conexões do ventilador, vigiar a pressão do cuff endotraqueal); • Aspiração de secreções; • Manutenção e controlo de cateter vesical e sonda nasogástrica; • Monitorização do débito urinário; • Monitorização hídrica / balanço hídrico; • Monitorização da temperatura; • Controlo da temperatura com medidas de aquecimento ativo; • Monitorização da glicemia capilar; • Vigilância de hematúria, gengivorragias e hemorragias no local de inserção dos dispositivos; • Interpretação de dados laboratoriais 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocação de sonda nasogástrica e cateter vesical; • Gestão da ventilação mecânica invasiva; • Alimentação entérica, se adequado; • Colheita de sangue e/ou de outros espécimes para análise; • Administração de terapêutica (fluidoterapia, hemoderivados, vasopressores, inotrópicos, medicação hormonal, insulina, entre outras).

Relativamente aos cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência, através da análise da bibliografia selecionada, não foi possível encontrar e/ou distinguir as intervenções específicas, não sendo por isso exclusivas. De maneira geral, a manutenção e tratamento do potencial dador de órgãos é a continuação do tratamento à pessoa em situação crítica, embora com uma alteração

no objetivo. Ou seja, já não é pretendido controlar ou reverter a doença subjacente, a partir da qual decorreu a morte cerebral, e por isso os cuidados passam a direcionar-se mais especificamente para as alterações decorrentes desta condição, com o objetivo de manter a estabilidade hemodinâmica (Bugedo et al., 2014).

CONCLUSÃO

O número de transplantes de órgãos realizados é ainda muito insuficiente face às listas de doentes que aguardam transplante. É por isso essencial que se otimize a identificação e manutenção precoce de potenciais dadores de órgãos, a fim de aumentar o sucesso dos transplantes e proporcionar a oportunidade de viver aqueles que esperam por essa dádiva. Tendo em conta que o êxito dos transplantes depende da qualidade da assistência e dos cuidados prestados aos potenciais dadores, que se encontram numa situação crítica, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento das alterações fisiopatológicas decorrentes da morte cerebral, das principais complicações, assim como dos aspetos legais e éticos do processo. Só deste modo é possível, em conjunto com a equipa de saúde, compreender e adequar as intervenções necessárias para a melhor manutenção do potencial dador, resultando numa maior viabilidade e qualidade dos órgãos a serem transplantados.

A morte cerebral, caracterizada pela lesão e isquemia das estruturas cerebrais, provoca alterações a todos os níveis, principalmente na termorregulação, no sistema cardiovascular, respiratório e endócrino. De modo a prevenir ou tratar as complicações, os cuidados visam a normalização fisiológica do potencial dador e a estabilidade hemodinâmica. Assim, as intervenções de enfermagem incidem principalmente na monitorização criteriosa dos sinais vitais, diurese e glicémia, manutenção da temperatura corporal, gestão da ventilação mecânica, administração de fluidoterapia, vasopressores, inotrópicos e outro tipo de medicação, prevenção de infeções, alternância de decúbitos e

posicionamento, e vigilância de possíveis hemorragias. Salientamos que, em contexto de serviço de urgência existe a possibilidade de o doente ser transferido para outro serviço, nomeadamente para a unidade de cuidados intensivos, dado que o processo de transplantação pode demorar horas ou até dias, dependendo da particularidade de cada situação. Contudo, o enfermeiro deve ter o conhecimento necessário de forma a assegurar a manutenção do potencial dador em todos os momentos e a proporcionar a continuidade dos cuidados.

Alguns autores manifestaram ainda a sua preocupação relativamente à tendência que por vezes existe, por parte dos profissionais de saúde, de menor investimento e/ou priorização do cuidado à pessoa neste contexto, principalmente quando a potencial doação ainda não está formalizada, e após o ser “talvez não haja tempo nem condições ideais de manutenção de certos órgãos” (Guetti & Marques, 2008, p.96). Importa assim que o enfermeiro e a equipa de enfermagem assumam uma atitude pró-ativa no cuidado destes doentes, de modo a que a sua abordagem tenha um impacto positivo na realização dos transplantes. Do mesmo modo, consideramos pertinente reforçar que os cuidados de enfermagem devem, invariavelmente do contexto, atender aos princípios éticos da profissão. Na situação em estudo, embora já não exista uma perspectiva de cura e o objetivo seja manter a pessoa potencial dadora em morte cerebral em condições viáveis para transplante, tem de existir, por parte do enfermeiro, uma abordagem baseada no respeito pela dignidade humana e defesa dos direitos do doente. A prestação de cuidados fundamentada nestes princípios contribui

para a excelência do exercício profissional, sendo algo inerente à enfermagem e transversal a todas as áreas do cuidar, tal como consta no Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Os cuidados à família não podem ser descurados, e não foram esquecidos. A enfermagem tem um papel importante neste âmbito, bem como a restante equipa de saúde, principalmente no que diz respeito à humanização dos cuidados, comunicação, compreensão, esclarecimento e suporte emocional, em situações que podem ser especialmente difíceis para os familiares. Nestas situações, as pessoas significativas do doente encontram-se em processo de luto, o que pode ser facilitado pelo enfermeiro através de intervenções personalizadas e adequadas a cada situação familiar. Contudo, a nossa pesquisa inicial direcionou-se apenas para os cuidados prestados à pessoa potencial dadora de órgãos e a literatura encontrada raramente abordava as intervenções junto da família do doente. Tal não indica que estes cuidados não devam ser prestados ou que não sejam importantes, porém pela pesquisa efetuada, concluímos que este tema é abordado de forma independente das restantes intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

André, C. (2002). Morte Cerebral - Diagnóstico e Suporte Clínico. In C. André & G. R. De Freitas (Eds.), *Terapia Intensiva Em Neurologia e Neurocirurgia - Métodos de Monitorização e Situações Especiais* (pp. 303–323). Revinter.

Barros, F., Costa, I., & Amaral, T. (2012). Take care of the potential person donor of organs and tissues -- the purpose of a clinical case. *Nursing: Revista de Formacao Continua Em Enfermagem*, 24(281), 12–17. Disponível

em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108133140&site=ehost-live>

Batista, M. J. (2018). Doação de órgãos e tecidos: produção científica por enfermeiros portugueses em formação pós-graduada. *Pensar Enfermagem*, 22(1), 47–60. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/5>. Artigo 3 - p. 47-60.pdf

Becker, S., Carvalho da Silva, R. C., Ferreira, A. G. N., Rios, N. R. F., & Avila, A. R. (2014). A Enfermagem Na Manutenção Das Funções Fisiológicas Do Potencial Doador. *SANARE*, 13(1), 69–75. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/435/290>

Bugedo, G., Bravo, S., Romero, C., & Castro, R. (2014). Manejo del potencial donante cadáver. *Revista Medica de Chile*, 142(12), 1584–1593. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001200012>

Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.o da Lei n.o 12/93, de 22 de abril (1994). Ministério da Saúde. *Diário da República, I-B Série* (N.º 235 de 11-10-1994), 6160 - 6160. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/618930/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República, I-A Série* (N.º 205 de 04-09-1996), 2959 - 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 168/2015 (2015). Estabelece o regime de proteção do dador vivo de órgãos em relação a eventuais complicações do processo de dádiva e colheita. Ministério da Saúde. *Diário da República, I Série* (N.º 163 de 21-08-2015), 6235 - 6237. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/168/2015/08/21/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 244/94 (1994). Regula o Registo Nacional de não Dadores. Ministério da Saúde. *Diário da República, I-A Série* (N.º 223 de 26-09-1994), 5780 - 5782. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/244/1994/09/26/p/dre/pt/html>

D'Império, F. (2007). Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(1), 74–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100010>

Dictus, C., Vienenkoetter, B., Esmailzadeh, M., Unterberg, A., & Ahmadi, R. (2009). Critical care management of potential organ donors: Our current standard. *Clinical Transplantation*, 23(SUPPL.21), 2–9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2009.01102.x>

Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e

- Cuidados de Saúde do Conselho da Europa (EDQM). (2016). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação (5a ed.). Lisboa: Instituto Português de Sangue e Transplantação. Disponível em: http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf
- Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 91–97. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000100014>
- Harhangi, B. S., Kompanje, E. J. O., Leebeek, F. W. G., & Maas, A. I. R. (2008). Coagulation disorders after traumatic brain injury. *Acta Neurochirurgica*, 150(2), 165–175. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00701-007-1475-8>
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*. New York: Macmillan.
- Henderson, V. (2006). The concept of nursing. 1977. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 21–31. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST). (2019a). Doação e Transplantação Órgãos e Tecidos e Células [PowerPoint slides]. Disponível em: http://ipst.pt/files/dados_2018.pdf
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST). (2019b). Doação e Transplantação de Órgãos Atividade Nacional Janeiro-Setembro 2019 [PowerPoint slides]. Disponível em: http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Colheita_e_Transplantaao_Setembro_2019_3.pdf
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST). (s.d.-a). A Coordenação Nacional da Transplantação. Disponível em: <http://ipst.pt/index.php/coordenacao-nacional-da-transplantaacao/a-coordenacao-nacional-da-transplantaacao>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST). (s.d.-b). Doação. Disponível em: <http://ipst.pt/index.php/doacao-e-transplantaacao>
- Intensive Care Society. (2005). Guidelines for Adult Organ and Tissue Donation. Disponível em: <http://www.clodlog.com/resources/Documents/UK-ICS-Guidance-2005.pdf>
- Jiang, J. P., & Downing, S. E. (1990). Catecholamine cardiomyopathy: Review and analysis of pathogenetic mechanisms. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 63(6), 581–591. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2589396/>
- Lei n.º 12/93 (1993). Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Assembleia da República. Diário da República, I-A Série (N.º 94 de 22-04-1993), 1961 - 1963. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/12/1993/04/22/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 181 de 16-09-2015), 8059 - 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lemes, M., & Bastos, M. (2007). Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 986–991. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a15.pdf
- Lucas, A. J. M. (2017). Manutenção do potencial dador de órgãos: Intervenção de enfermagem num serviço de urgência (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=47181&code=550>
- Mota, A. (1996). Transplantação de Órgãos Actividade em Portugal e alguns aspetos históricos. In *Acção Médica* (pp. 25–38). Disponível em: http://193.137.196.68/bitstream/10400.4/509/1/Mota_A.pdf
- Nicely, B., & DeLario, G. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, 21(1), 72–77. DOI: <https://doi.org/10.1177/152692481102100110>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017, julho 20). Os Enfermeiros e a transplantação em Portugal. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/os-enfermeiros-e-a-transplanta%C3%A7%C3%A3o-em-portugal/>
- Peiffer, K. M. Z. (2007). Brain Death and Organ Procurement: Nursing management of adults with brain injury is crucial to the viability of donor organs. *The American Journal of Nursing*, 107(3), 58–67. DOI: <https://doi.org/10.1097/00000446-200703000-00028>

- Portaria n.º 165/2012 (2012). Aprova os Estatutos do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P., e revoga a Portaria n.º 811/2007, de 27 de julho. Ministérios das Finanças e da Saúde. Diário da República, I Série (N.º 99 de 22-05-2012), 2687 - 2690. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/165/2012/05/22/p/dre/pt/html>
- Ramos, C. C. de S., Dal Sasso, G. T. M., Martins, C. R., Nascimento, E. R., Barbosa, S. de F. F., Martins, J. de J., Sardo, P. M. G., & Kuerten, P. (2008). Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42(3), 512–518. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342008000300014>
- Rech, T. H., & Rodrigues Filho, É. M. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(2), 197–204. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000200010>
- Rodrigues, S. D. L. L., Ferraz Neto, J. B.-H. de E., Sardinha, L. A. D. C., Araujo, S., Zambelli, H. J. L., Boin, I. D. F. S. F., Athayde, M. V. D. O., Montone, E. B. B., & Panunto, M. R. (2014). Profile of effective donors from organ and tissue procurement services. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(1), 21–27. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140004>
- Shah, V., & Bhosale, G. (2006). Organ donor problems and their management. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 10(1), 29–34. DOI: <https://doi.org/10.4103/0972-5229.24687>
- Sistema Nacional de Saúde. (s.d.). Atividade Anual de Transplantação. Disponível em: <http://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/transplantes/table/?sort=periodo>
- Smith, M. (2004). Physiologic changes during brain stem death—lessons for management of the organ donor. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 23(9), S217–S222. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healun.2004.06.017>
- Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT). (s.d.). Dador Cadáver. Disponível em: <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-23.php>
- Stanzani, V. L. T. de S., Ribeiro, R., Silva, E. S., & Pinto, W. M. (2009). Conhecimento teórico-prático da equipe assistente sobre manejo e pressão do balonete endotraqueal. *ConScientiae Saúde*, 8(1), 25–34. DOI: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v8i1.1500>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5a ed.). Loures: Lusociência.
- Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Vieira, K. D., Zaclikevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., ... Souza, R. L. de. (2011a). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23(3), 255–268. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000300003>
- Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Vieira, K. D., Zaclikevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., ... Souza, R. L. de. (2011b). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte II. Ventilação mecânica, controle endócrino metabólico e aspectos hematológicos e infecciosos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23(3), 269–282. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2011000300004>
- Westphal, G. A., Caldeira Filho, M., Vieira, K. D., Zaclikevis, V. R., Bartz, M. C. M., Wanzuita, R., ... Garcia, V. D. (2011c). Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte III. Recomendações órgãos específicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23(4), 410–425. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2011000400005>
- Westphal, G. A., Garcia, V. D., De Souza, R. L., Franke, C. A., Vieira, K. D., Birckholz, V. R. Z., ... Andrade, J. De. (2016). Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 220–255. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160049>
- World Health Organization (WHO). (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. In World Health Organization (Issue November, pp. 1–15). Disponível em: <http://www.who.int/transplantation/activities/en/>
- World Health Organization (WHO). (2010). World Health Organisation Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. Who, May, 1–9. Disponível em: https://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf
- Zavotsky, K. E., & Tamburri, L. M. (2007). A Case in Successful Organ Donation: Emergency Department Nurses Do Make a Difference. *Journal of Emergency Nursing*, 33(3), 235–241. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.12.011>

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Sinais Vitais publica artigos sobre a área disciplinar de enfermagem, de gestão, educação, e outras disciplinas afins. Publica também cartas ao director, artigos de opinião, sínteses de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação e cuja pertinência e rigor técnico e científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico. A Revista Sinais Vitais publica ainda entrevistas, reportagem, notícias sobre a saúde e a educação em geral.

A Publicação de artigos na Revista SIN AIS VIT AIS dependerá das seguintes condições:

1. Serem originais e versarem temas de saúde no seu mais variado âmbito;
2. Ter título e identificação do (s) autor (es) com referência à categoria profissional, instituição onde trabalha, formação académica e profissional, eventualmente pequeno esboço curricular e forma de contacto;
 - 2.1. Os autores deverão apresentar uma declaração assumindo a cedência de direitos à Revista Sinais Vitais;
3. Ocupar no máximo 6 a 8 páginas A4, em coluna única, tipo de letra Arial 11, versão Microsoft Word 2003, ou OpenDocument Format (ODF).
4. Serem acompanhadas de fotografia do (s) autor (es), podendo ser do tipo passe ou mesmo outra;
5. Terão prioridade os trabalhos gravados em CD ou submetidos por e-mail acompanhados de fotografias, ilustrações e expressões a destacar do texto adequadas à temática. As fotografias de pessoas e instituições são da responsabilidade do autor do artigo. Os quadros, tabelas, figuras, fotografias e esquemas devem ser numerados e a sua legenda deve ser escrita numa folha e de fácil identificação;
6. Os trabalhos podem ou não ser estruturados em capítulos, sessões, introdução, etc.; preferindo formas adequadas mas originais.
 - 6.1. Devem obrigatoriamente ter lista bibliográfica utilizando normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP405-1(1994);
 - 6.2. Todos os trabalhos deverão ter resumo com o máximo de 80 palavras e palavra-chave, que permitam a caracterização do texto;
 - 6.3. Os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua inglesa.
7. São ainda aceites cartas enviadas à direcção, artigos de opinião, sugestões para entrevistas e para artigos de vivências, notícias, assuntos de agenda e propostas para a folha técnica, que serão atendidas conforme decisão da Direcção da Revista.
8. A Direcção da revista poderá propor modificações, nomeadamente ao nível do tamanho de artigos;
9. As opiniões veiculadas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores e não do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da Revista Sinais Vitais, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.
 - 9.1. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista e só poderão ser reproduzidos com autorização desta;
10. A selecção dos artigos a publicar por número depende de critérios da exclusiva responsabilidade da Revista Sinais Vitais e bem assim, a decisão de inclusão do artigo em diferentes locais da revista;
11. Somente se um autor pedir a não publicação do seu artigo antes de este estar já no processo de maquetização, é que fica suspensa a sua publicação, não sendo este devolvido;
12. Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da Revista Sinais Vitais.
 13. Os trabalhos não publicados não serão devolvidos, podendo ser levantados na sede da Revista.
 14. Os trabalhos devem ser enviados para suporte@sinaisvitais.pt

