SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS ENFERMEIROS | **Nº 20** | **JAN-MAR 2022** | ISSN 2184-2035

a+wa

Quando a morte dá Vida

Editorial por João Paulo Carvalho, Presidente da SRNOE

VIDAS que se prologam

Entrevista com Fernando Nunes

FICHA TÉCNICA: Boletim Informativo da Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros. **Diretor** João Paulo Carvalho. **Coordenação** Gabinete de Comunicação Imagem do Norte. **Redação** Rui Pinto Reis. **Conceção Gráfica** Graficamares, Lda. **Periocidade** Trimestral

Quando a **morte** dá **VIDA**

Estar onde não está mais ninguém significa, por vezes, fazer o que mais ninguém quer fazer, como é o caso das colheitas em dadores cadáver. São mortos que dão vida. São vidas que se prolongam, com recurso a um bocadinho de vida doutros.

Não é um tema bonito. Mas há mortes inevitáveis que representam oportunidades de sobrevivência a outros e temos o dever de pensar, não só no doente que se nos apresenta, como nos milhares, por esse país fora, que não os vendo, não deixam de precisar da nossa ajuda. A decisão de manutenção das funções vitais dos órgãos para eventual transplante, não está nas mãos da equipa de transplantação, mas sim nas das equipas que atuam em contexto hospitalar, por esse país fora.

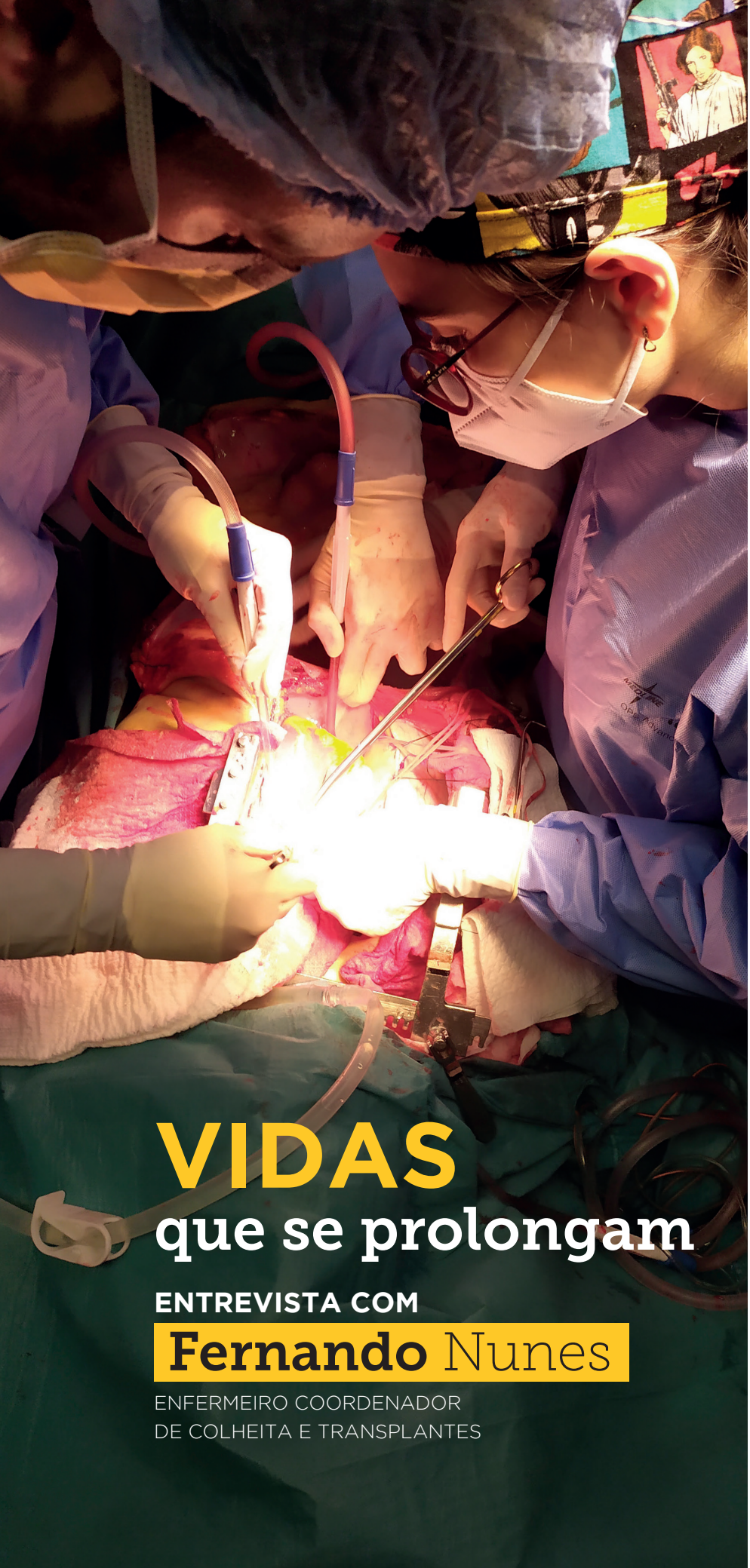
Nesta Atua, descobrimos mundos pouco divulgados e desconhecidos de grande parte da população. A diálise e a transplantação, são mãos invisíveis à grande maioria da sociedade, felizmente. Porém, para quem deles necessita, são um farol esperança, na penumbra da doença. E é disto que não podemos, sob circunstância alguma, esquecer.

João Paulo Carvalho
Presidente da SRNOE

> “HÁ MORTES INEVITÁVEIS QUE REPRESENTAM OPORTUNIDADES DE SOBREVIVÊNCIA A OUTROS

Rua Latino Coelho, n.º 352
4000-314 PORTO
Tel.: 225072710
srnorte@ordemenfermeiros.pt

ordem dos enfermeiros
secção regional norte



VIDAS que se prolongam

ENTREVISTA COM Fernando Nunes

ENFERMEIRO COORDENADOR
DE COLHEITA E TRANSPLANTES

A morte é um assunto difícil. Tema que se evita, mas não deixa de ser uma etapa. A etapa final. Apesar de tudo, não há vida sem morte. Hoje, falamos com quem dá vidas através da morte. As equipas de transplantação são a última esperança de muitos e garantem que a infelicidade duns passa a ser uma oportunidade para salvar outros. São luz nas escuridão que traz a perda, são homens e mulheres que fazem de tragédias histórias de superação. Numa conversa franca com a Atua, Fernando Nunes, enfermeiro coordenador de colheita e transplantação, explica uma área pouco divulgada da enfermagem e relembra que a possibilidade de salvar doentes não se pode cingir aos que estão à frente.

[Atua] Em que consiste o trabalho de uma equipa de transplantação?
Não há propriamente uma equipa de transplantação. Nós temos o hábito de falar de transplantação, mas para haver transplantação tem de haver colheitas. Isto faz com que, para se falar de transplantação, se tenha de pensar nas duas. Estas equipas têm profissionais de enfermagem, médicos e assistentes operacionais e muitos outros profissionais de saúde que trabalham em conjunto. É uma equipa multidisciplinar e multi profissional. Multidisciplinar porque quer na área da medicina quer na área de enfermagem são pessoas com competências diferentes e que se complementam para tentar alcançar o objetivo, seja de colheita, seja da cirurgia de transplante. A equipa que realiza o procedimento pode ser a mesma, mas pode não ser, depende do centro hospitalar. Há hospitais onde apenas se faz a colheita, outros que têm competências para a colheita e transplantação e outros que apenas são hospitais de referenciação de dadores, onde vamos colher.

[Atua] É possível fazer promoção da dádiva quando o assunto da colheita, pela sua falta de subtileza, é praticamente tabu?
É preciso perceber que se não houver colheita, não há transplantes. A colheita depende muito da sensibilização que as unidades de cuidados intensivos e as instituições hospitalares têm para a doação. Se não tiverem esta sensibilização e uma política de observação, no sentido de conseguir a dádiva, nós não conseguimos fazer transplantes.

Quando falas em promoção da dádiva, estás a falar em quê, exatamente?
Quando falamos em dador falecido, em morte cerebral, este só é possível encontrar em unidades de cuidados intensivos. Se os médicos e os enfermeiros destas unidades não estiverem sensibilizados para a morte cerebral e para o facto desta significar que até trabalharam bem. Apesar da melhoria dos cuidados e o maior investimento nos doentes, infelizmente há coisas que nós não conseguimos evitar, por isso, há a probabilidade de entre 3 e 5% dos doentes que neste momento estão internados em cuidados intensivos, virem a ser identificados como dadores. Não é um insucesso da medicina, é o resultado das unidades de cuidados intensivos terem melhores condições de trabalho e mais tecnologia, que lhes permite prestar melhores cuidados. No entanto, uma lesão cerebral catastrófica é sempre uma lesão cerebral catastrófica. Portanto, quando falamos em sensibilização, falamos na admissão de um doente que tem grande probabilidade de vir a morrer daquela lesão e sabemos de antemão que não tem viabilidade de recuperação, mas pensamos: "ok. Se não posso fazer nada por este doente, vou interná-lo na minha unidade de cuidados intensivos na perspetiva que possa vir a ser doador e assim, pelo menos, posso salvar outros doentes". É este trabalho que tentamos fazer junto dos profissionais, recordar que além daqueles doentes que eles têm à frente, existem outros que não eles vêem mas que é preciso salvar, que são os que estão em lista de espera.

> A COLHEITA DEPENDE MUITO DA SENSIBILIZAÇÃO QUE AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E AS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES TÊM PARA A DOAÇÃO

A questão da transplantação é um problema que precisamos de resolver nacionalmente ou importamos órgãos de outros países?
Podemos importar tecidos. Órgãos não. Com Espanha temos um protocolo e recebemos e enviamos órgãos para os quais não tenhamos um receptor adequado. Mas são ofertas para evitar desperdício de órgãos, não é importação ou exportação.

Como é que se decide para quem vai um órgão?
Isso não é uma competência da coordenação de transplantação, é uma competência das equipas transplantadoras. É uma competência que está atribuída às equipas que seguem estes doentes que têm insuficiência num determinado órgão. Difere da lista de espera de rim cuja competência é atribuída às equipas médicas que seguem os doentes com insuficiência e aos centros de sangue e transplantação. Em Portugal as listas de espera estão organizadas geograficamente. Temos, portanto, a lista de espera do norte, do centro e do sul. Apesar de termos estas três listas os doentes não saem prejudicados porque se podem inscrever nas três listas.

Há pouco falávamos de haver hospitais que só fazem colheitas e outros que só fazem transplantes. Há alguma distribuição no tipo de órgãos que cada hospital transplanta?
As unidades de transplantação estão divididas da seguinte forma: o Norte faz transplante de fígado, rins, pâncreas e coração, falando de órgãos sólidos, claro. Centro transplanta fígado e fígado pediátrico, rins e coração. No Sul transplanta-se todos os que referi para o Norte, mais pulmão.

Qualquer equipa cirúrgica está apta a fazer este trabalho?
Não. Nem a colheita, nem muito menos o transplante. Além das competências em cirurgia, é necessário ter competências muito específicas em determinada área. Normalmente são equipas que são especializadas nas áreas que vamos transplantar. Um cirurgião geral por exemplo, não tem competências adquiridas para fazer para fazer uma colheita nem um transplante. Por isso é que as

equipas muitas vezes se deslocam ao local onde está o dador para fazer a colheita, porque as pessoas que trabalham lá não têm a prática, nem a casuística necessárias.

Há um processo de diferenciação para entrar neste tipo de equipas?
As pessoas são selecionadas. Não sei dizer como porque não passa pela coordenação de transplante escolher as equipas de transplantação. A coordenação, o que faz, é servir de ligação entre as unidades de cuidados intensivos e as unidades de transplantação, organizando todo o processo e logística que implica coordenar uma colheita, fazer essa colheita e o envio dos órgãos para onde eles vão ser transplantados. Ou seja, o processo de escolha das pessoas que estão nas equipas é dos próprios hospitais. Nós trabalhamos com quem já foi identificado como tendo as competências necessárias, por isso, não posso explicar o processo de selecção.

As famílias na sua grande maioria aceitam bem este processo? Ou não sabem?
As pessoas sabem. São informadas. Tudo passa por um processo de comunicação adequado. Em Portugal temos um consentimento presumido, no entanto assumo que muitas famílias não tenho a mínima noção sobre isto. Portanto quando falamos com uma família sobre a dádiva, primeiro é informada a situação fatal, e em seguida é informado que estamos num hospital com um processo de colheita e transplantação e, por isso, se vai avançar para o processo de doação. A abordagem, por norma, não é feita pela lei, é pelo lado mais compassivo e altruísta da situação. Assegura-se à família a integridade do corpo que será visível e a sua rápida libertação para a família poder fazer o processo de luto. Por norma o problema não é doação, é a aceitação de uma morte que ninguém estava à espera. O processo de luto e de aceitação da morte é o mais difícil naquela altura, não é a doação.

A clarificação dos órgãos que serão transplantados não acaba por causar mais transtorno aos familiares?
Quando explicamos que o familiar deles pode salvar várias pessoas que estão doentes, por norma perguntam-nos que órgãos estamos a pensar colher. Às vezes até gostavam de saber para quem vai, por não saberem que a lei não permite que se dê essa informação. Mas, acabam por aceitar que o seu familiar vai ajudar alguém a viver.

Sabendo de antemão que em Portugal todos somos dadores a menos que manifestemos vontade contrária, as famílias podem opor-se ao processo?
Não. Por vezes há dúvidas, mesmo entre profissionais de saúde por causa dos menores mas a lei é clara. Diz todo o cidadão nacional, se não estiver inscrito no RENNDA, é potencial dador. Quando se diz toda é toda, os pais não podem impedir uma doação. Mas não é por aí que gostamos de ir. Pretende-se sempre que a dádiva seja altruísta e, habitualmente, depois de uma conversa, as resistências iniciais desaparecem.

> SÃO PESSOAS QUE SERÃO, AO LONGO DE TODA A VIDA, ACOMPANHADAS PELO SEU MÉDICO E ENFERMEIRO DE FAMÍLIA MAS QUE PODEM VOLTAR A TER UMA VIDA NORMAL COM HÁBITOS SAUDÁVEIS

Quantas pessoas por ano são salvas devido à transplantação?
Creio que no ano passado transplantamos mais de 700 órgãos. Ou seja, são mais de 700 pessoas que poderiam ter morrido ou ter pior qualidade de vida se isto não tivesse acontecido.

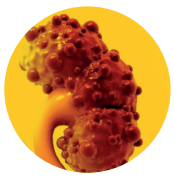
Um doente transplantado tem a mesma qualidade de vida que tinha antes da doença?
Promovemos uma modificação comportamental no sentido de criar hábitos de vida saudáveis e claro, tomar a medicação. Deixam de ser doentes. São pessoas que serão, ao longo de toda a vida, acompanhadas pelo seu médico e enfermeiro de família mas que podem voltar a ter uma vida normal com hábitos saudáveis. Não há nada que digamos ao doente que não possa fazer.

O consumo de imunossupressores por parte destas pessoas pode causar uma maior vulnerabilidade a outras doenças?
Não. Há o mito de que as pessoas que tomam imunossupressores estão muito mais propensas a ter outras complicações. Existem riscos, existem. Como existem para tomar outros medicamentos. Esta Imunossupressão é perfeitamente controlada, não só em termos de doseamento do fármaco mas também porque atua ao nível das células T e não das células B ou seja, os glóbulos brancos continuam ativos para atacar infecções. Se a infecção for muito grave, aí, o risco é superior para uma pessoa que toma esta medicação do que para uma pessoa que não toma nada. No entanto o fenómeno de infeção não é como se pensa. É medicação controlada periodicamente, regulada para que o organismo possa manter o controlo de infeções minor. Um imunosuprimido que apanhe uma gripe não tem uma tragédia. Poderá ter uma resposta menor se a exposição for superior à que ele consegue resistir, mas isso acontece é igual para qualquer pessoa que esteja debilitada. É uma vida normal desde que haja uma boa adesão ao regime terapêutico, que engloba, além da medicação, pequenas alterações nos hábitos de vida. O objetivo dos profissionais de saúde não é só evitar que as pessoas morram, é dar-lhes qualidade de vida e permitir-lhes que após os tratamentos possam ser reinseridas na sociedade.

A frase "don't take your organs to heaven, heaven knows we need them here" continua a ser necessária ou já é só história da indústria?
Isso é uma frase anglo-saxónica. A nossa postura tem o consentimento presumido algo que não existe nos Estados Unidos. Não digo que faça parte da história, mas faz parte do que falávamos há pouco, sensibilização. Apesar da literacia em saúde das novas gerações ser muito superior e a sociedade ter melhor consciência dos limites da medicina, estas frases mais chamativas tem a pretensão de sensibilizar a população para o facto de haver doentes a precisar de doações. Portanto não é história, é importante que essa e outras frases existam para que as pessoas tenham efetivamente a noção que a dádiva de órgãos, tecidos, sangue, medula e sangue do cordão umbilical são importantes e continuam a ser vitais por serem a única forma que a medicina tem para tratar pessoas com uma disfunção fatal do seu órgão.

Fernando Vilares
Enfermeiro

Tratamento da pessoa ***com doença renal***



Evolução, desafios e oportunidades

UMA PERSPETIVA DE ENFERMAGEM

Nota Biográfica:

Presidente da APEDT

A Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) e Transplante Renal (TR) são uma alternativa de tratamento para doentes com Insuficiência Renal Aguda e Crónica. Nos últimos 100 anos houve desenvolvimentos importantes no tratamento da Insuficiência Renal (IR), mas só a partir de 1960 é que veio a ter um grande incremento. A primeira vez que o termo "diálise" foi usado foi em 1854 por Thomas Graham. Em 1913 surgiu o primeiro artigo sobre a técnica da HD, que incluía o conceito do "rim artificial". Nessa época a diálise era experimental e foi realizada em animais. O primeiro tratamento num humano foi realizado pelo médico alemão, Georg Haas na Alemanha, na década de 1920. Willem Kolff em 1940 construiu o rim artificial para a sua primeira tentativa de diálise humana. Em 1945, após a Segunda Guerra Mundial, a técnica de Kolff foi usada mais regularmente, principalmente na insuficiência renal aguda reversível, overdose de drogas e envenenamento.

Em Portugal a Nefrologia nasce dentro da Medicina em 1960 e em 1965, no Centro de Reanimação do Hospital Curry Cabral, é iniciado o tratamento da insuficiência renal crónica. Em 1974 o estado português autorizou o tratamento de vários doentes em Espanha e só a partir de 1978 foram criadas as condições para tratar mais doentes em Portugal, com a abertura de novos ser-

A opinião expressa no presente artigo é da responsabilidade exclusiva do autor.

viços e unidades de Nefrologia. Os últimos dados, referentes a 2020, mostram que em Portugal a hemodiálise continua a representar a principal técnica de substituição da função renal com 60,2%, segue-se a transplantação renal com 35,6% e a diálise peritoneal com 4,2%. Atualmente as unidades de diálise públicas e privadas dão cobertura a todas as regiões do país garantindo a todos os doentes o tratamento e alguns medicamentos complementares, gratuitamente. A primeira transplantação renal em Portugal foi feita em Coimbra pelo doutor Linhares Furtado em 1960 e entre 1969 e 1970 realizaram-se cinco transplantações de dador vivo com resultados satisfatórios em Lisboa.

Em 1982 é constituída a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), sendo a doutora Eva Xavier o primeiro presidente. Em 1984 é constituída a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT), que elege o enfermeiro Arlindo Jorge como primeiro presidente. No ano de 2011 foi publicado o Manual de Diálise Peritoneal, elaborado por um grupo de enfermeiros com o apoio da APEDT. Em agosto de 2016, por proposta da APEDT, é editado o Guia orientador de boa prática – Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise, pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

O desenvolvimento da tecnologia em todas as áreas da sociedade e da saúde coloca um grande desafio aos enfermeiros no desenvolvimento das suas competências profissionais, únicas e que lhes confere um papel relevante na assistência ao doente com doença renal. Ele é imprescindível no processo do cuidar em Nefrologia, por isso deve ser visto como uma mais-valia para obter ganhos em saúde e não como parte da despesa. A falta de legislação mais completa e objetiva, que regulamente o regime da prestação de cuidados de Enfermagem em diálise, tem contribuído para alguma desmotivação dos enfermeiros. A APEDT em parceria com a Ordem dos enfermeiros, procura motivar os enfermeiros para a importância da investigação científica como contributo para o desenvolvimento e autonomia da Enfermagem de Nefrologia.

Caminha-se cada vez mais para a especialização nos vários domínios da saúde a nível dos diferentes grupos profissionais e para o envolvimento da equipa multidisciplinar nas decisões sobre os procedimentos a tomar para com a Pessoa sã ou doente. Membros de pleno direito da equipa multiprofissional, os enfermeiros de Nefrologia possuem um papel fulcral na assistência integral e individualizada ao doente sujeito a tratamento conservador, por hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

> **“O DESENVOLVIMENTO DA TECNOLOGIA EM TODAS AS ÁREAS DA SOCIEDADE E DA SAÚDE COLOCA UM GRANDE DESAFIO AOS ENFERMEIROS NO DESENVOLVIMENTO DAS SUAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS, ÚNICAS E QUE LHES CONFERE UM PAPEL RELEVANTE NA ASSISTÊNCIA AO DOENTE COM DOENÇA RENAL**

regresso
7 de abril

ENFERMAGEM

WEBINAR DA SRNOE

TODAS AS QUINTAS-FEIRAS ÀS 21:30

ÀS QUINTAS

ordem dos enfermeiros
secção regional norte