



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

LAYANA DE PAULA CAVALCANTE

**CUIDADO DO ENFERMEIRO AO POTENCIAL DOADOR DE ORGÃOS:
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE**

FORTALEZA

2014

LAYANA DE PAULA CAVALCANTE

CUIDADO DO ENFERMEIRO AO POTENCIAL DOADOR DE ORGÃOS:
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Violante Augusta Batista Braga.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

C364a Cavalcante, Layana de Paula
Cuidado do Enfermeiro ao potencial doador de órgãos: implicações no
processo doação - transplante./ Layana de Paula Cavalcante.- 2014.
149f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga.

1. Enfermagem. 2. Transplante de órgãos. 3. Morte encefálica. 4.
Unidades de Terapia Intensiva. I. Título

CDD: 610.73

LAYANA DE PAULA CAVALCANTE

CUIDADO DO ENFERMEIRO AO POTENCIAL DOADOR DE ORGÃOS:
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas Práticas de Saúde.

Aprovada em: 24 / 03 / 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Violante Augusta Batista Braga (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dr^ª. Islane Costa Ramos (1^º Membro)
Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC-UFC

Prof. Dr. Michell Ângelo Marques Araújo (2^º Membro)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dr^ª. Maria Dalva Santos Alves (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este estudo à minha mãe, alicerce do que hoje sou, pelo exemplo de pessoa íntegra, lutadora, amorosa, dedicada aos filhos: Allysson, Henderson, Nayara e eu.

Ao meu amor, Jeová Neto. Pessoa fundamental na minha vida que tornou a realização de mais esse sonho possível. Tomo as palavras de Erhin como melhor forma de defini-lo: “Nada mais precioso do que a união do espírito e do coração na procura de um mesmo ideal: planejar em comum o caminho a percorrer, unir as mãos nas dificuldades encontradas, trabalhar e realizar juntos a tarefa empreendida, eis o cimento que resistirá a todas as forças destruidoras”.

Aos meus avós José Alberto e Maria Alice que, junto com a minha mãe, são a base de toda a minha formação.

AGRADECIMENTOS

...à Deus por me conceder saúde e permitir que eu realize mais um sonho.

... à minha mãe por ser meu referencial de força, caráter e dignidade, pelo amor incondicional e por sempre me incentivar e fazer eu acreditar que “eu consigo”.

...aos meus irmãos que junto com minha mãe formam minha torcida número 1!

...em especial, ao meu amado esposo, Jeová pelo apoio incondicional, por ser meu maior incentivador e por, às vezes, deixar de lado seus projetos pessoais para viabilizar os meus projetos. Nada que eu faça poderá recompensá-lo! Obrigada por ser meu parceiro fiel, meu cúmplice diário em todos os desafios que eu traço, sempre me apoiando incondicionalmente na busca pela conquista dos meus sonhos. Você é o meu maior modelo de generosidade. Amo você!

...aos meus avós, José Alberto e Maria Alice, que com todo carinho não cobraram a minha presença respeitando os motivos das minhas ausências.

...às minhas tias R's pela torcida e pelo imenso carinho. Vocês fazem eu me sentir muito amada.

...à minha orientadora, Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga, agradeço, especialmente, pela oportunidade de trabalharmos juntas e pela paciência, dedicação e motivação durante todas as etapas deste trabalho, por ter sido exemplo de sabedoria, equilíbrio e serenidade, a alma da professora que um dia eu sonho ser.

...à Naiana Pacífico, que contribui enormemente na coleta de dados,

...à banca, pelas considerações e disponibilidade, Dr. Michell Ângelo, Dr^a. Islane Ramos, Prof^a. Dr^a. Maria Dalva. Muito obrigada!

...à CAPES, pela concessão da bolsa e apoio financeiro para realização deste trabalho.

...aos amigos e amigas do peito, cada qual a seu jeito, foram e são fundamentais na minha vida: Lorena, Isabella, Kariny, Luciana, Raimundo, Dani, Valeska, Carol, Gleisinho, Camila, Jerlândia e Luziana. De nada valeria minhas conquistas se eu não pudesse compartilhar com vocês.

...às minhas “xuxus”, amigas fiéis e enfermeiras admiráveis: Larissa, Ranielly, Rebeca e Giselly, amigas conquistadas na universidade, quase irmãs, companheiras nessa batalha e que fizeram os meus dias nessa jornada serem bem mais felizes. Sem vocês tudo isso teria sido bem mais difícil. Vocês divertem os meus dias e estão comigo sempre “na alegria e na tristeza”, todos os dias da minha vida!

...Às minhas ex-chefes, Enf^a. Cláudia Carneiro e Enf^a. Sônia Câmara, coordenadora e ex-gerente do CTI do HGF, que permitiram a realização deste estudo no serviço e que sempre me apoiaram, incentivaram e torceram por mim. Muito obrigada pelo aprendizado e pelos preciosos exemplos de postura e dedicação à profissão!

...enfim, às pessoas maravilhosas que fizeram parte da minha trajetória e que neste momento tão importante da minha vida me fizeram acreditar que este é só mais um passo que tenho que superar no caminho que Deus escreveu pra mim.

RESUMO

Objetivou-se analisar a prática dos Enfermeiros de terapia intensiva junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) clínico de um hospital público estadual em Fortaleza - CE. Os sujeitos do estudo foram 30 Enfermeiros que atuam no serviço. A produção de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2013, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, conforme Parecer nº 376.423. Os dados deste estudo foram produzidos através de entrevista e a partir da observação sistemática. Na análise do material optamos pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, segundo Bardin (2011). Para a ordenação do material empírico e constituição do *corpus*, aplicamos a técnica de análise categorial. O processo de análise e discussão foi construído com base no discurso do Enfermeiro do CTI, nas informações da observação e diário de campo. O processo de análise e discussão iniciou-se com o agrupamento e classificação do material produzido em quatro categorias e dez subcategorias. As categorias definidas foram: *O processo de doação de órgãos; Dimensões do cuidado do Enfermeiro ao paciente potencial doador; Percepção do Enfermeiro sobre a sua prática junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos; Impacto da assistência do Enfermeiro na concretização da doação de órgão e tecidos.* A observação sistemática da assistência dos Enfermeiros ao potencial doador de órgãos foi utilizada como contra ponto ao discurso dos sujeitos ao definirem sua prática junto ao paciente e sua família. A percepção dos Enfermeiros acerca do processo de doação de órgãos está permeada por questões culturais, filosóficas, éticas e emocionais, relacionadas ao: significado da doação de órgãos; falta de capacitação técnico-científica; dificuldades emocionais de lidar com o paciente e com a família. O processo de doação de órgãos e tecidos é complexo e, muitas vezes, difícil para os envolvidos. Constatamos que o Enfermeiro, apesar de reconhecer que não possui formação técnica específica para atuar junto a este tipo de clientela, considera que desempenha um papel determinante no processo doação-transplante. Em sua prática, desenvolve o cuidado voltado, principalmente, para a monitorização e manutenção hemodinâmica e, também, para orientar e acolher os familiares, considerando que todos estes cuidados podem ser determinante ao sucesso da concretização da doação. As dificuldades vivenciadas pelo Enfermeiro têm repercussões pessoais que influenciam em sua saúde física e emocional, e, também, na qualidade da assistência ou desassistência ao paciente e sua família. A aproximação da realidade estudada nos permitiu conhecer um pouco da prática complexa e multifacetada, desenvolvida pelo Enfermeiro, em um ambiente tenso e crítico, onde a dor, o sofrimento, a morte, a vida, a esperança, a insegurança e tantos outros sentimentos, se misturam e se dimensionam na individualidade de cada profissional e do paciente e da sua família.

Descritores: Enfermagem. Transplante de órgãos. Morte encefálica. Unidade de Terapia Intensiva

ABSTRACT

This study aimed to analyze the practice of nurses along with the patients who are potential organ and tissue donors. This is an exploratory, descriptive and analytical study with qualitative approach. The study took place in a medical Intensive Care Unit (ICU) of a public hospital in Fortaleza-CE, Brazil. The study population consisted of 30 nurses who work in the service. Data production occurred between August and December 2013, after approval by the Research Ethics Committee of the Institution under protocol No. 376.423. It happened through interviews and systematic observation. To analyze the material, we employed the thematic content analysis technique proposed by Bardin (2011). To sort the empirical material and build the corpus, we applied the categorical data analysis technique. For the analysis and discussion process, we used the speeches of ICU nurses in the information of observation and field diary. The analysis and discussion process began by grouping and classifying the material produced in four categories, and ten subcategories. The thematic classes defined were: *The process of organ donation; Dimensions of nursing care to the potential donor patient; Nurse's perception about their practice with the patient potential donor organs and tissues; Impact of nursing in achieving organ donation and tissue.* We used the systematic observation of nurses' assistance to potential organ donor as a counter point to the individuals' speech when defining their practice with the patient and their family. The nurses' perception about the organ donation process is loaded with cultural, philosophical, ethical, and emotional issues related to the meaning of organ donation, lack of technical and scientific training, and emotional difficulties in dealing with the patient and family. The organ and tissue donation process is complex and often difficult for those involved. We verified that the nurses, despite acknowledging the lack of specific technical training to work with this type of clientele, consider they play a determinant role in the donation and transplantation process. In their practice, they develop care aimed primarily at the hemodynamic monitoring and maintenance and at guiding and welcoming the family, considering that such care may be crucial to the successful achievement of the donation. The difficulties experienced by nurses have personal repercussions that influence their physical and emotional health, as well as the quality of care or lack of assistance to the patient and their family. The approximation of reality in study allowed us to learn a little of the complex and multifaceted practice that nurses develop in a tense and critical environment, where pain, suffering, death, life, hope, insecurity, and so many other feelings mingle and take place in the individuality of each professional and the patient and their family.

Descriptors: Nursing. Organ Transplantation. Brain Death. Intensive Care Units.

RESUMEN

El objetivo fue analizar la práctica de profesionales de enfermería junto al donante potencial de órganos y tejidos. Investigación exploratoria, descriptiva y analítica, con enfoque cualitativo. El estudio se realizó en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público de Fortaleza-CE, Brasil. Los sujetos del estudio fueron 30 enfermeros que trabajaban en el servicio. Los datos fueron producidos entre agosto y diciembre de 2013, después de la aprobación por el Comité de ética en Investigación de la Institución según parecer nº. 376.423. Los datos se produjeron a través de entrevistas y observación sistemática. Para analizar el material, se eligió la técnica de análisis de contenido temática, según Bardin (2011). La clasificación del material empírico y formación del corpus, se aplicó la técnica de análisis por categorías. El proceso de análisis y discusión se construyó basado en el discurso del enfermero de Unidad de Cuidados Intensivos, en las informaciones de la observación y diario de campo. El proceso de análisis y discusión comenzó con la agrupación y clasificación de material producido en cinco clases temáticas en trece categorías y treinta subcategorías. Las clases temáticas fueron: *El proceso de donación de órganos; Las dimensiones de los cuidados de enfermería al paciente potencial donante; La percepción de la enfermera acerca de su práctica con los potenciales donantes de órganos y tejidos de los pacientes; Impacto de la enfermería en el logro de la donación de órganos y tejidos.* La observación sistemática de la atención de enfermería al donante potencial de órganos fue utilizada como contra punto al discurso de sujetos al definir la práctica junto al paciente y su familia. La percepción de enfermeros sobre el proceso de donación de órganos está permeada por cuestiones culturales, filosóficas, éticas y emocionales relacionadas con el significado de la donación de órganos, la falta de capacitación técnica y científica, las dificultades emocionales de tratar con el paciente y su familia. El proceso de donación de órganos y tejidos es complejo y, a menudo, difícil para los involucrados. El enfermero, aunque reconozca que no tiene formación técnica específica para trabajar con este tipo de clientela, considera que desarrolla papel determinante en el proceso donación-trasplante. En su práctica, se desarrolla la atención orientada principalmente para la vigilancia y el mantenimiento hemodinámico, y también para orientar y acoger a la familia, teniendo en cuenta que toda esa atención puede ser crucial para finalización con éxito de la donación. Las dificultades experimentadas por enfermero tienen repercusiones personales que influyen en su salud física y emocional, así como la calidad de la atención o de la falta de asistencia al paciente y su familia. La aproximación de la realidad estudiada permitió aprender un poco de la práctica compleja y multifacética, desarrollada por enfermeros en ambiente tenso y crítica, donde el dolor, el sufrimiento, la muerte, la vida, la esperanza, la inseguridad y tantas otras sensaciones, mezclan se y dimensionan en la individualidad de cada profesional y del paciente y su familia.

Descriptor: Enfermería, Trasplante de órganos, Muerte Encefálica, Unidades de Cuidados Intensivos

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica dos Enfermeiros, segundo sexo, faixa etária, situação conjugal e religião. Fortaleza – CE, 2013.:..... | 62 |
| Tabela 2 - Informações acerca do tempo de formação, experiência prática em terapia intensiva, jornada de trabalho e renda mensal. Fortaleza – CE, 2013. : | 64 |
| Tabela 3 - Caracterização quanto a formação profissional em UTI e em transplante. Fortaleza – CE, 2013..... | 65 |

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Ocorrência de morte encefálica nas três unidades do CTI do Hospital Geral de Fortaleza – CE, Jan-dez, 2013. | 50 |
| Quadro 2 - Motivos da não abertura do protocolo para confirmação de morte encefálica no CTI do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza – CE, Jan-dez, 2013..... | 51 |
| Quadro 3 - Motivos da não doação de órgãos e tecidos de pacientes com ME confirmada no CTI do Hospital Geral de Fortaleza. Jan-dez, 2013..... | 52 |
| Quadro 4 - Motivos da negativa familiar para doação de órgãos de pacientes com ME confirmada no CTI do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza – CE, Jan-dez, 2013..... | 52 |
| Quadro 5 - Distribuição das classes, categorias e subcategorias temáticas referentes à concepção do Enfermeiro sobre a doação de órgãos e tecidos; cotidiano da prática do Enfermeiro; percepção sobre a sua prática; tipo de cuidado prestado. | 67 |
| Figura 1 - Constituição do <i>corpus</i> do estudo, Fortaleza – CE, 2013..... | 60 |

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABTO | Associação Brasileira de Transplante de Órgãos |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CIHDOTT | Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante |
| CNCDO | Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos |
| CTI | Centro de Terapia Intensiva |
| ME | Morte encefálica |
| OPO | Organização de Procura de Órgãos |
| PMP | Por milhão na População |
| PNTOT | Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos |
| RBT | Registro Brasileiro de Transplante |
| RTSNT | Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes |
| SNT | Sistema Nacional de Transplantes |
| UR | Unidade de Registro |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2 | OBJETIVOS | 23 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 23 |
| 2.2 | Objetivos Específicos..... | 23 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO | 24 |
| 3.1 | O doador de órgão e tecidos: conceito e protocolo de morte encefálica dinâmicas | 24 |
| 3.2 | Transplante de órgãos e tecidos como possibilidade terapêutica..... | 30 |
| 3.3 | A doação e o transplante de órgãos: a família como responsável pelo processo de doação | 37 |
| 3.4 | O cuidado ao potencial doador de órgão: a atuação do Enfermeiro intensivista e o desgaste emocional..... | 40 |
| 4 | PERCURSO METODOLÓGICO..... | 47 |
| 4.1 | Tipo de estudo | 47 |
| 4.2 | Cenário do estudo | 49 |
| 4.3 | Sujeitos do estudo..... | 53 |
| 4.4 | Coleta de dados | 54 |
| 4.5 | Análise dos resultados..... | 58 |
| 4.6 | Princípios Éticos..... | 60 |
| 5 | ANALISANDO A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DO CTI JUNTO AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA: IMPACTO SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS..... | 62 |
| 5.1 | Caracterização sociodemográfica e profissional dos Enfermeiros do estudo | 62 |
| 5.2 | O Enfermeiro e o processo de doação de órgãos e tecidos: percepção e prática | 66 |
| 5.3 | Reflexões dos Enfermeiros acerca da assistência prestada ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos e do processo doação-transplante..... | 110 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 5.4 | Interfaces entre o discurso dos Enfermeiros a prática profissional observada entre a prática observada e o discurso dos Enfermeiros | 112 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 122 |
| | REFERÊNCIAS..... | 126 |
| | APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA..... | 138 |
| | APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA SER APLICADO AOS ENFERMEIROS DO CTI DE UM HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA-CE..... | 139 |
| | APÊNDICE C – PERGUNTAS NORTEADORAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS DO CTI..... | 140 |
| | APÊNDICE D - CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA-HGF | 141 |
| | APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 142 |
| | APÊNDICE F - TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA..... | 143 |
| | APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO..... | 144 |
| | APÊNDICE H - TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT) DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF | 145 |
| | ANEXO A – TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA..... | 146 |
| | ANEXO B - PARECE COMITÊ DE ÉTICA | 148 |

1 INTRODUÇÃO

A aproximação com o tema “doação de órgãos” se deu a partir do contatos com pacientes com Morte Encefálica (ME), enquanto enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral de Fortaleza - CE. A atuação em terapia intensiva colocou-me em contato com sentimentos e sofrimento, por parte de quem participa do processo de captação de órgãos (familiares e equipe), por deparar-me, inevitavelmente, com a morte. Daí veio o meu interesse no aprofundamento do tema a partir da observação da prática do Enfermeiro no cuidado prestado a esses pacientes em morte encefálica e potenciais doadores de órgãos.

O hospital geral no qual atuava possui um Centro de Terapia Intensiva (CTI) composto por três UTI, totalizando 38 leitos, destinados a receber pacientes clínicos, cirúrgicos, neurológicos e neurocirúrgicos. No dia a dia da UTI não é incomum o Enfermeiro prestar cuidados a pacientes com suspeita de morte encefálica e a outros com o diagnóstico já confirmado.

Para que pacientes possíveis doadores possam se tornar potenciais doadores e doadores elegíveis é necessário seguir o protocolo de confirmação de morte encefálica. Todo processo de doação é iniciado com a identificação do possível doador, através da observação do coma arreativo e aperceptivo. Após a identificação é iniciado o protocolo para diagnóstico de morte encefálica, seguindo-se três etapas: dois exames clínicos, realizados em duas ocasiões, por médicos diferentes e em intervalos de tempo que não deve ser menor que seis horas; um exame de imagem complementar para constatar ausência de atividade elétrica cerebral ou, ausência de atividade metabólica cerebral ou, ausência de perfusão sanguínea cerebral. Após o fechamento do protocolo, e se for confirmado o diagnóstico de morte encefálica, o paciente passa de potencial doador de órgão para doador elegível. Somente depois de concluído o protocolo a família deve ser consultada quanto à doação de órgãos e tecidos por uma equipe de fora da UTI, preparada especificamente para essa abordagem.

É importante elucidar alguns conceitos aplicados neste trabalho, para facilitar a compreensão do mesmo. O conceito de doador de órgãos é visto como o

ser humano que, por consentimento próprio ou de seu familiar, doa seus órgãos quando existe a confirmação de morte encefálica.

Em 1991, ocorreu a regulamentação do diagnóstico de morte encefálica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que a definiu como situação irreversível de todas as funções respiratórias e circulatórias ou cessação de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral (Conselho Federal de Medicina - CFM, 1997).

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO, 2009) são empregados diferentes termos para designar indivíduos em morte encefálica quanto à capacidade de doação, sendo eles especificados a seguir:

- *Possível doador*: paciente com suspeita de morte encefálica, é a nomenclatura referente ao paciente antes da abertura do protocolo de ME, que possui uma grave lesão cerebral e que se encontra sob ventilação mecânica;
- *Potencial doador de órgão*: quando há suspeita e é aberto o protocolo de ME.
- *Doador elegível*: é o paciente que já possui o protocolo de ME fechado com o diagnóstico de morte encefálica. O coma arreativo e aperceptivo é a condição de ausência de reflexos ou movimentos supraespinais, sendo excluídas as situações de hipotermia e depressão medicamentosa do SNC com uma observação mínima de seis horas.

Este estudo detém-se no cuidado prestado pelo Enfermeiro ao paciente com suspeita de morte encefálica em processo de confirmação do diagnóstico de ME, e ao doador elegível, o qual já possui diagnóstico de morte encefálica confirmado. No entanto, neste estudo, por questões práticas, será usado o termo “potencial doador”¹ em referência ao paciente com suspeita de ME e ao paciente com diagnóstico de ME confirmado, considerando que, nas duas condições, o paciente é doador em potencial, uma vez que a doação só será efetivada após a confirmação da morte encefálica e a autorização de doação pelos familiares.

A doação de órgãos ocorre a partir do processo de captação até a doação de órgãos para transplantes. Doações entre pessoas vivas são possíveis, mas,

¹ Neste estudo foram utilizados os termos: paciente potencial doador, paciente potencial doador de órgãos e tecidos e paciente em morte encefálica (ME), indistintamente.

sofrem percalços devido às incertezas de êxito e aos prejuízos que acarretam aos doadores. Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade para os doadores vivos atinge 1% e a taxa de reinternação é de 30%, com longos prazos de recuperação (3,5 meses em média). Os doadores vivos, também, se tornam expostos a preconceitos, perdas de renda e de emprego, além de dificuldades de relacionamento com planos de saúde (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2004).

O cuidado a pacientes em morte encefálica caracteriza-se como uma atividade complexa, implementada pela equipe multiprofissional que atua em UTI. Destaca-se, nessa atuação, o papel do Enfermeiro responsável por prestar o cuidado direto ao potencial doador de órgãos e seus familiares.

Enquanto Enfermeira assistencial, muitas vezes, me inquietou a observação de condutas tomadas por colegas quando estes se encontravam na situação de cuidado ao paciente em morte encefálica. Era possível observar que a assistência de enfermagem prestada era, predominantemente, técnica. Pude perceber que, alguns desses profissionais mantinham certo distanciamento do paciente e evitavam ou recusavam o contato com os familiares. Nessas ocasiões, estes profissionais sempre passavam para o médico a responsabilidade em acolher e conversar com a família do paciente potencial doador, atitude essa que não era reproduzida no cuidado aos pacientes que não se encontravam em ME. Esse comportamento era observado em alguns Enfermeiros que cuidavam de pacientes com suspeita de ME, mas, principalmente, quando já tinha sido confirmado esse diagnóstico.

Presenciando essas atitudes dos profissionais em relação ao cuidado ao paciente potencial doador de órgãos, muitas vezes caracterizadas como atitudes negligentes e omissas, percebe-se o descaso e a falta de formação ao lidar com essa questão.

Um dos obstáculos a serem enfrentados pelo Enfermeiro, no decorrer do processo de morrer, e a dificuldade do pensar e do agir diante da morte do outro, pois vivenciar esta situação de perda remete à ideia de finitude. Diante disso, alguns preferem se esquivar desse momento, assumindo outras atribuições, desviando-se do contato com o paciente grave ou terminal e, em especial, de seus familiares (MARTINI *et al.*, 2008).

A assistência de enfermagem é fundamental para a manutenção do doador e da qualidade dos órgãos a serem doados. Nesse sentido, um recente estudo indica que crença e valores relacionados aos cuidados de manutenção do potencial doador de órgãos interferem ou determinam o distanciamento em relação ao paciente e o conseqüente prejuízo da assistência (LEMES; BASTOS, 2007).

O papel do Enfermeiro no cuidado de pacientes em morte encefálica é de fundamental importância no manejo das repercussões fisiopatológicas próprias da ME, na monitorização hemodinâmica e na prestação de cuidados individualizados, pois, o sucesso do transplante está intimamente relacionado à manutenção ideal desse potencial doador. Considera-se, também, de fundamental importância a atuação desse profissional no acolhimento dos familiares desses pacientes, oferecendo-lhes suporte e informações suficientes e adequadas para que a família possa colaborar com o processo de doação e transplante, se isso for de sua vontade.

Uma das grandes dificuldades na realização do processo de doação está no reconhecimento e na manutenção dos potenciais doadores pelas equipes que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. Este fato está relacionado com questões éticas, legais e afetivas, levando a equipe e a família a vivenciar estado de estresse, além de questões técnicas relacionadas à adequada manutenção do potencial doador (PEREIRA, 2010).

O Enfermeiro possui um papel relevante no processo de doação e transplante de órgãos. Por ser o profissional que presta cuidados diretos ao paciente, ele tem a oportunidade de acompanhar, de maneira mais próxima, a evolução da doença, com condições de identificar, precocemente, um coma arreativo e aperceptivo, o que torna todo o processo de abertura do protocolo mais ágil. Culmina com o início, também precoce, da manutenção das disfunções sistêmicas ocasionada pela ME. Desta maneira, a viabilidade dos órgãos a serem transplantados é otimizada. Também pela proximidade que esse profissional possui com os familiares a sua conduta pode influenciar, diretamente, o ato de doar da família.

A manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos deve ser realizada tão logo ocorra a suspeita de morte encefálica. A consciência da irreversibilidade do quadro de morte deve despertar no profissional a condição do aproveitamento dos

órgãos para o transplante. Entretanto, são imprescindíveis as ações dos profissionais inerentes à manutenção desse corpo para que aguarde, em condições hemodinâmicas adequadas, a decisão familiar com relação à doação dos órgãos aproveitáveis (NOTHEN, 2007).

Embora tenha aumentado o número de doações de órgãos, ainda há uma grande fila à espera de transplantes. Portanto, identificar o possível doador e torná-lo potencial é de suma importância para que as equipes de captação de órgãos entrem em ação. Dessa forma, faz-se necessário contar com Enfermeiros capacitados para a identificação do possível doador, para que atuem em sua manutenção e, ainda, estejam aptos a assistir as famílias em suas necessidades (MARTINI *et al.*, 2008).

Para a família, o início do processo de captação ocorre a partir da internação do seu familiar na UTI, com gradativa piora de seu estado de saúde, culminando com a notificação da morte encefálica. A família, em geral, apresenta-se fragilizada e necessita de cuidado e atenção por parte da equipe de saúde, pois enfrenta um momento de dor, com a perda de um ente querido. Na maioria das vezes essa morte ocorre de forma trágica e inesperada. Nesse momento as dúvidas dos familiares devem ser sanadas em todas as fases do processo. Desta forma, é possível estabelecer um vínculo entre a equipe e a família, o que pode influenciar positivamente, ou não, no momento da decisão pela doação de órgãos (BOUSSO, 2008; SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

Segundo Rech e Rodrigues Filho (2007), a recusa familiar é, atualmente, a primeira causa de não captação de órgãos. Para os autores, a forma como a família é recebida pelos profissionais de saúde da UTI, o interesse demonstrado por estes em relação ao potencial doador, ou o descontentamento com o atendimento prestado pela equipe de saúde, podem influenciar de forma positiva ou negativa a decisão familiar de doar ou não os órgãos. Outras questões como religião, etnia, grau de entendimento sobre ME e pouco conhecimento sobre o processo de doação também podem influenciar no momento da decisão.

Nesse contexto, observando a vivência dos Enfermeiros intensivistas, surgiram os seguintes questionamentos: O que significa para esses profissionais cuidar de pacientes em morte encefálica? Como agem nesta situação? Que preparo detêm para trabalhar com pacientes potenciais doadores de órgãos? De que

maneira o cuidado desses Enfermeiros influencia no processo de doação-transplante?

Estudo aponta que os Enfermeiros apresentam um grau significativo de ansiedade, tristeza e angústia, evidenciando a necessidade de serem cuidados. Em virtude dos conflitos existenciais e dos dilemas morais vivenciados no processo de doação de órgãos, destaca-se a urgência em oferecer apoio psicológico que promova a saúde mental desses trabalhadores. O profissional carece de momentos de compartilhamento de experiências, momentos de feedback de suas ações e reações ou um cuidado psicológico para manter sua saúde mental (LIMA, 2012).

Nesse contexto de trabalho faz-se necessário promover a saúde mental desses Enfermeiros e oportunizar momentos de reflexão e compartilhamento de experiências vivenciadas entre esses profissionais, visando à valorização do ser humano nas relações de cuidado entre Enfermeiro-paciente-família, considerando que esses profissionais, no cuidado ao paciente potencial doador de órgãos, vivem situações de estresse, sofrimento e angústia.

Para que o profissional mantenha suas atividades com qualidade no cuidado ao paciente potencial doador de órgãos é fundamental que saiba lidar técnica e emocionalmente com o cotidiano, para desempenhar suas atividades com menos sofrimento e adoecimento.

Durante levantamento bibliográfico sobre trabalhos que trazem a prática do Enfermeiro intensivista junto ao paciente potencial doador de órgãos foram identificadas poucas publicações no Brasil, o que denota a necessidade de realização de mais estudos para aprofundamento do tema, considerando-se o desgaste físico e emocional desse profissional.

Visto que os Enfermeiros da UTI apresentam diferentes concepções de valores, crenças sociais, religiosas, filosóficas e culturais que podem repercutir nas suas ações cotidianas, nas relações com a família de pacientes em ME e em todo o processo de doação e transplante, este estudo se propõe a analisar a prática desses profissionais junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos. A partir daí será possível conhecer melhor esse universo, o que favorece a reflexão e a transformação de tão importante prática profissional.

Identificar elementos do processo de trabalho do Enfermeiro da UTI junto ao paciente potencial doador de órgão e tecidos poderá ser uma importante

contribuição para ampliar a disponibilização desse material humano para doação e transplante. Pode-se considerar, portanto, que o beneficiário final deste trabalho será a própria sociedade, para quem são destinados os órgãos doados para transplantes. A sociedade é, dessa forma, beneficiária direta e indireta, quando o transplante traz outras perspectivas para aqueles que podem recobrar a sua qualidade de vida e voltar a ser social e economicamente ativos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a prática do Enfermeiro da UTI junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos e suas implicações no processo de doação.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico e profissional dos Enfermeiros;
- Descrever a prática desenvolvida pelos Enfermeiros junto ao paciente;
- Apreender a percepção do Enfermeiro sobre essa prática;
- Identificar elementos que interferem na prática do cuidado dos Enfermeiros junto a esta clientela.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O doador de órgão e tecidos: conceito e protocolo de morte encefálica dinâmicas

O entendimento da Morte Encefálica (ME) é um dos fatores que mais influencia o processo de doação de órgãos, pois, geralmente as famílias só ouvem falar desse conceito quando um ente querido evolui para tal quadro em decorrência de uma lesão cerebral grave e inesperada, dificultando o entendimento de morte encefálica.

O desconhecimento e/ou a não aceitação da ME são compreensíveis, uma vez que, classicamente, a morte é definida como a cessação irreversível das funções cardíacas e respiratórias, o que gera resistência, não somente da população, mas também dos profissionais de saúde (PARKES, 1998).

O conceito de morte encefálica iniciou-se em 1959, com a descrição do "coma depressivo", que traduzia o ocorrido em indivíduos que apresentassem respiração assistida, arreflexia, perda irreversível da consciência e inatividade elétrica cerebral (D'IMPÉRIO, 2007).

Os avanços da tecnologia médica redefiniram o conceito de morte, devido ao uso de medidas de ressuscitação cardíaca, respiradores artificiais, máquinas de circulação extracorpórea, entre outros.

De acordo com Pessini e Barchifontaine (2000), a revisão do conceito de morte para os médicos e, em especial, para os neurologistas, deveu-se, entre outros fatores, à capacidade da medicina moderna de prolongar indefinidamente uma vida por meios artificiais, tornando-se imperativo que se definisse a morte encefálica. Tal definição se justifica por motivos sociais, humanos e mesmo econômicos, pois leitos de terapia intensiva são limitados e dispendiosos e oneram os familiares num caso irreversível. Muitas vezes, os esforços para atender, sem necessidade, à vida vegetativa de um paciente arruínam sua família e desacreditam os médicos. Considera-se, também, o fato de os programas de transplantes exigirem órgãos íntegros, hígidos e ativos, por ocasião da morte encefálica, para o sucesso do transplante.

O conceito de morte encefálica passou a ser, a partir de 1981, no Brasil, associado ao déficit estrutural ou funcional do encéfalo, como órgão de função integradora e crítica ao organismo humano (CFM, 2011).

O CFM, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº. 1958, considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte. Os critérios legais para a constatação e variabilidade de faixa etária adota alguns princípios, traduzidos nos seguintes critérios para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos são, em seu conjunto (Diário Oficial da União de 17/10/1991):

- Clínicos: coma aperceptivo com arreatividade inespecífica, dolorosa e vegetativa, de causa definida. Ausência de reflexos corneano, oculoencefálico, oculoestibular e do vômito. Positividade do teste de apneia. Excluem-se dos critérios acima os casos de intoxicação metabólica, intoxicações por drogas ou hipotermia;
- Complementares: ausência das atividades bioelétrica ou metabólica cerebrais ou da perfusão encefálica; o período de observação desse estado clínico deverá ser de, no mínimo, 6 horas; a parada total e irreversível das funções encefálicas será constatada pela observação desses critérios, registrados em protocolo devidamente aprovado pela comissão de ética da instituição hospitalar; constatada a parada total e irreversível das funções encefálicas do paciente, o médico, imediatamente, deverá comunicar tal fato a seus responsáveis legais, antes de adotar qualquer medida adicional.

Somente em 1968 foi instituído e publicado o primeiro protocolo de avaliação de morte encefálica, pela Harvard Medical School. O Eletroencefalograma (EEG) era método de exame complementar de diagnóstico apenas nesse protocolo, que o citava em suas publicações como sendo de "grande valor confirmatório". Cabe ao médico intensivista e ao neurologista a definição de cessação ou não do investimento dos recursos disponíveis ao paciente que se apresenta em atividade encefálica irreversível (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Poucos anos após, seguiram-se outros, como o de Minnesota, em 1971, e do Reino Unido, em 1976, com igual repercussão internacional. Em todos esses protocolos era dada ênfase à presença de coma profundo, com apneia e a ausência

dos reflexos do tronco cerebral como condição para aceitar o diagnóstico de morte encefálica (D'IMPÉRIO, 2007; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Na América Latina são conhecidos, além do brasileiro, protocolos da Argentina, Chile, México e Cuba. Nos Estados Unidos, 26 Estados americanos, além de Porto Rico, possuem protocolos para esta finalidade. Na Europa, eles existem há vários anos em diversos países (GARCIA, 2006).

Uma vez estabelecida a causa do coma, deve-se verificar o seu caráter de irreversibilidade por meio de exames clínicos e diagnósticos. No momento em que o paciente é identificado como potencial doador, a família deve ser comunicada, sendo realizados testes clínicos, laboratoriais e gráficos para confirmação da morte encefálica (PEREIRA, 2010).

O início do exame clínico deve ser feito quando o paciente em coma estiver hemodinamicamente estável. Para tanto, todos os recursos de terapia disponíveis devem ser empregados na busca dessa estabilidade, devendo ser afastadas as situações de hipotensão grave, hipotermia, alterações metabólicas e uso de sedativos ou bloqueadores da junção neuromuscular, que podem alterar a avaliação do exame neurológico, comprometendo, assim, o diagnóstico. O exame clínico deve ser repetido, no mínimo, em duas ocasiões, por médicos diferentes e em intervalos de tempo mínimo de seis horas. Esse exame consiste em uma tríade diagnóstica: coma profundo arreativo e aperceptivo, ausência de reflexos de tronco encefálico e constatação da apneia (GARCIA, 2006).

Portanto, para que seja feito o diagnóstico de morte encefálica, fazem-se necessários, além da realização dessa tríade de exames, os seguintes passos: identificação e registro hospitalar do paciente; causa do coma conhecido e estabelecido; ausência de hipotermia; não uso de drogas depressoras do sistema nervoso central; e ausência de hipotensão arterial (LIMA, 2005; GLEZER, 2004; ARAÚJO; CINTRA; BACHEGA, 2005).

Após essas certificações, o paciente deve ser submetido a dois exames neurológicos que avaliem a integridade do tronco cerebral, os quais são realizados por dois médicos distintos, sendo um neurologista e o outro um neurocirurgião ou intensivista. Ambos não devem, em hipótese alguma, estar envolvidos com o caso, nem serem participantes das equipes de captação e transplante. O intervalo de tempo entre um exame e outro é definido em relação à idade do paciente, de acordo

com a Resolução CFM nº. 1.480/97, e, após o segundo exame clínico, e realizado um exame complementar que demonstre ausência de perfusão sanguínea cerebral, ausência de atividade elétrica cerebral e ausência de atividade metabólica cerebral (CFM, 2011).

Chama a atenção, no entanto, no roteiro de avaliação de muitos protocolos conhecidos, assim como naquele aceito pelo Conselho Federal de Medicina, a não existência da opção por apenas um único método auxiliar de diagnóstico de morte encefálica em indivíduos adultos.

Considerações sobre a morte encefálica se fizeram necessárias para se decidir sobre a possibilidade da doação de órgãos. Após o diagnóstico de morte encefálica deve ser feito o registro, em prontuário, do termo de declaração de morte encefálica, onde são descritos os elementos do exame neurológico que demonstraram ausência dos reflexos do tronco cerebral, bem como o relatório de um exame complementar. Depois desses passos deve ocorrer a notificação à Central de Captação de Órgãos (D'IMPÉRIO, 2007; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

A lei brasileira dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação da morte encefálica às Centrais de transplante. Ela diz que, após constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado (BRASIL, 1997). A desproporção crescente do número de pacientes em lista de espera, em confronto com o número de transplantes, é um fato inquestionável, cujo principal fator limitante é a não notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica às CNCDOs, apesar de sua obrigatoriedade prevista em lei (ROZA, 2000).

Estudo demonstra que o papel dos profissionais da Central de Transplantes se confunde com o papel dos executores do processo de doação e captação de órgãos. Ações como ligar para as instituições hospitalares para a obtenção da notificação não são coerentes. A Lei 9.434 (BRASIL, 1997) é bem enfática quando exige que os hospitais realizem a notificação dos casos de morte encefálica à central de transplantes. Já transcorridos dez anos da lei, ainda não ficou estabelecido, no Ceará, essa obrigatoriedade (ARAUJO; SILVA, 2011).

Após a constatação da morte encefálica, a família será notificada do diagnóstico. Esta informação será fornecida pelo médico assistente do paciente ou, em algumas situações, pelo intensivista de plantão.

Estima-se que, no Brasil, cerca de 1% a 4% das pessoas que morrem em hospitais estão em unidades de terapia intensiva, e apenas 10% a 15% delas apresentam o quadro de morte encefálica, sendo, portanto, possíveis doadores. Estudos sugerem que possa haver uma maior taxa de possíveis doadores, em relação aos países desenvolvidos. Possivelmente, tal diferença está relacionada aos acidentes de trânsito e aos ferimentos por arma de fogo, sendo, ainda, somados a esses eventos os acidentes vasculares encefálicos, de sorte que todos chegam a atingir 80% dos casos. Outras causas comuns são tumores do sistema nervoso central e uso de drogas e intoxicações (NOGUEIRA; PEREIRA, 2007).

Os progressos técnicos e científicos ocorridos nas terapias intensivas, que proporcionaram a manutenção e o suporte das funções básicas de indivíduos gravemente enfermos por um período indeterminado de tempo, juntamente com uma tecnologia de maior precisão diagnóstica, concorreram para que houvesse maior precisão na identificação do indivíduo em morte encefálica, além de contribuírem para a manutenção de um possível doador de órgãos.

Após a constatação da ME, caso não haja contraindicações, a família será informada da condição do paciente e da possibilidade de doação de órgãos.

O protocolo para o diagnóstico médico de morte encefálica (ANEXO A), com os exames clínicos descritos anteriormente, é realizado, inicialmente, pelo médico intensivista, acompanhado do Enfermeiro.

Considerações sobre o potencial doador de órgãos devem começar precocemente em todo paciente em tratamento intensivo, pois, no momento da morte encefálica, há inversão de prioridades, objetivando-se a manutenção de órgãos para transplante, a despeito da lesão neurológica, momento este em que o conhecimento da fisiopatologia se faz essencial. É imperativo, portanto, o contínuo envolvimento do pessoal da Unidade de Terapia Intensiva na busca de uma reflexão sobre a viabilidade dos órgãos dos potenciais doadores para o sucesso dos transplantes em seus receptores (GLEZER, 2004; ARAÚJO; CINTRA; BACHEGA, 2005).

Caso não ocorra nenhum impedimento clínico, e a família se decida pela doação, deverá assinar o Termo de Consentimento que é solicitado ao familiar responsável e duas testemunhas. Salienta-se, neste ponto, a necessidade de consenso familiar a respeito da decisão a ser tomada. Mesmo sendo necessária a assinatura somente do responsável, todos os familiares próximos devem opinar sobre a questão, evitando-se, assim, futuros desentendimentos familiares.

Durante a assinatura do Termo de Consentimento, a família decide quais órgãos serão disponibilizados para doação, ficando totalmente ao seu critério optar pela doação de múltiplos órgãos ou apenas de algum deles, respeitando-se as crenças e opiniões pessoais dos familiares.

O Enfermeiro que atua na UTI acompanha todas as etapas do processo de diagnóstico de morte encefálica. Nesse procedimento podem ser evidenciados os sentimentos de impotência, tristeza, desequilíbrio emocional, contrapostos à solidariedade, compartilhados com os valores éticos, culturais e religiosos entre a família e a equipe de enfermagem.

Sabe-se que as reações emotivas são individuais, reflexo da sensibilidade e fragilidade do momento vivido por cada um. Alguns Enfermeiros podem manifestar indiferença, considerando esse momento apenas como um procedimento técnico semelhante a tantos outros realizados em seu cotidiano profissional.

O comportamento dos profissionais é influenciado pelos valores e crenças pessoais e coletivas, refletindo no seu agir profissional. A concepção filosófica sobre a morte, a tomada de decisão e o preenchimento do protocolo de confirmação de morte encefálica e a aceitação/assimilação da morte como limite natural da vida se refletem na postura e na atitude do profissional.

Qualquer que seja a opinião dos profissionais da saúde sobre a doação de órgãos, cabe o respeito à autonomia do paciente e seus familiares. Essa relação deve ser assumida com prudência, sabedoria e solidariedade.

A lei brasileira garante ao paciente e aos familiares o direito do consentimento informado para a doação de órgãos. Dessa forma, fica evidenciada a prioridade do direito individual aos interesses coletivos.

O diagnóstico de morte encefálica é de extrema importância no contexto dos cuidados intensivos, devido à necessidade de aumentar o número de doações e transplante de órgãos. Além disso, o atraso ou falha nessa etapa resulta em

aumento de investimentos desnecessários, diminui a rotatividade dos leitos nos hospitais e aumenta o sofrimento e a angústia dos familiares.

3.2 Transplante de órgãos e tecidos como possibilidade terapêutica

O avanço nas pesquisas científicas tem propiciado a inovação no tratamento de muitas patologias e, conseqüentemente, prolongado a vida de milhares de pessoas. Um desses avanços se faz presente nos transplantes de órgãos vitais.

Leite (2000), ao definir transplante, refere-se a este como a retirada de um órgão ou material anatômico proveniente de um corpo, vivo ou morto, e sua utilização com fins terapêuticos em outro ser humano. Para a realização do processo de transplante é necessário que primeiro ocorra a doação de um órgão, o que pode ocorrer em vida ou "*post mortem*".

O termo transplante foi utilizado pela primeira vez em 1778. Desde então, a história dos transplantes é marcada por anos de pesquisas e pela persistência de cientistas para transformar essa técnica em uma realidade. Além da necessidade de superar a rejeição de órgãos e tecidos transplantados, melhorando a qualidade de vida do receptor, os profissionais envolvidos com o tema ainda têm de superar os dilemas que esse processo desperta na sociedade. (PEREIRA, 2000; FONSECA; CARVALHO, 2005; GUETTI; MARQUES, 2008).

Os transplantes de órgãos passaram a apresentar um desenvolvimento mais acentuado a partir de década de 50, do século XX, concomitante com o aperfeiçoamento dos princípios basilares da cirurgia, como a evolução dos instrumentos e equipamentos cirúrgicos. Também foram determinantes nesse processo o surgimento dos antibióticos, o desenvolvimento de novas técnicas em anestesiologia e o advento de novas drogas que combatem a rejeição ao órgão transplantado.

O transplante permite manter com vida um grande número de pessoas vítimas de doenças que, outrora, não tinham possibilidade de sobreviver aos episódios de agudização (SANTOS, 1998).

Os transplantes estão entre os processos mais complexos e fascinantes da medicina. Para doentes que já esgotaram todas as chances de cura, hoje pode

haver a oportunidade de substituir coração, rins, fígado, pulmão, pâncreas, intestino, córnea, medula óssea, pele, valva cardíaca, ossos e esclera ocular. Para garantir a sobrevivência dos pacientes transplantados, foi necessário conhecer em maior profundidade o funcionamento do corpo humano, refinar e inventar técnicas cirúrgicas, aprimorar e desenvolver remédios antirrejeição (LOPES, 2009).

Os transplantes de órgãos iniciaram-se nos Estados Unidos da América em 1954, quando foi realizado o primeiro transplante humano de rim. O primeiro transplante humano hepático ocorreu, também, nos Estados Unidos, em Denver, em 1963 (COELHO, 1997; MARINHO, 2006).

No Brasil, o primeiro transplante humano de rim ocorreu em 1965 e o primeiro transplante de fígado foi realizado em 1968, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela equipe do Prof. Dr. Marcel Cerqueira César Machado. Todavia, somente em 1985 se conseguiu sucesso com o transplante hepático, em cirurgia realizada também em São Paulo, pelo Prof. Dr. Silvano Raia. Como se percebe, os investimentos iniciais nessa alternativa terapêutica demoraram a obter o êxito perseguido por cerca de duas décadas (COELHO, 1997; MARINHO, 2006).

Os transplantes de órgãos no Ceará tiveram início, como em todo o país, com os transplantes de rim, realizado por equipes de cirurgiões e nefrologistas, os quais se organizaram e formaram equipes transplantadoras. Motivados pelo anseio de transplantar e dar início à história dos transplantes no Ceará começaram, em 1977, os transplantes renais com doadores vivos, no Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina. Com a implantação do laboratório de histocompatibilidade no Hospital das Clínicas, surgiram novas perspectivas para os transplantes no Estado, desta vez, com doadores cadavéricos (ARAÚJO; SILVA, 2011).

Atualmente, o Ceará conta com dez equipes transplantadoras e um banco de olhos, fundado em janeiro de 2006, assumindo, desde então, a captação e preservação de córneas no Estado.

O Estado do Ceará se destaca em número de transplantes, liderando a região Nordeste em transplantes de fígado e de rim, o que não significa dizer que esses dados estatísticos lhe confirmam eficiência, eficácia e efetividade social. Atualmente, o Ceará é considerado referência no Norte e no Nordeste para transplantes de rim e fígado, mas não são raras as vezes em que se encontram, na

lista de espera por fígado, pacientes dos estados da região Sudeste. Portanto, este Estado assume grande responsabilidade no que se refere a doações e transplantes.

Embora o número de transplantes tenha aumentado, a escassez de órgãos continua sendo um dos maiores obstáculos às equipes transplantadoras em todos os países, pois, a demanda por transplantes vem aumentando em escala maior que a efetivação de doações, o que faz com que as listas de espera se ampliem (CAMPOS, 2001).

A fila de espera é hoje uma etapa importante na trajetória de quem busca um transplante. Em nosso país, até setembro de 2012, segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 28.585 pessoas aguardavam por um órgão, sendo que deste total mais de 22.164 esperavam por órgãos sólidos e 6.421 aguardavam por uma córnea (ABTO, 2012).

Em 2012, um aspecto que deve ser melhor avaliado é o número de pacientes em lista de espera para transplante de órgãos. A diminuição dos pacientes em lista para o transplante de rim, atualmente de 20.005, não deve ser creditada ao aumento dos transplantes (ainda insuficiente), mas, talvez, a um pequeno ingresso em lista (no RS há grande dificuldade de os pacientes do SUS marcarem consulta de investigação para ingresso em lista de espera por problemas burocráticos) e por inativação por vários motivos dos pacientes em lista de espera (soro vencido, recusas de transplante, entre outros). O número previsto em lista de espera para o transplante renal é em torno de 30.000 a 35.0000. Há, também, uma diminuição do número de pacientes em lista de espera para transplante hepático (1.351) e um persistente pequeno número de pacientes em lista de espera para transplante de coração (192) e de pulmão (152) (ABTO, 2012).

Coelho *et al.* (2007) consideram que a carência de órgãos é o maior obstáculo para a realização de transplantes. Vários fatores contribuem para a falta de órgãos, incluindo problemas culturais e médico-legais, diagnóstico tardio de morte encefálica, abordagem inadequada do potencial doador, recusa da família em permitir a doação e dificuldade de transporte rápido do órgão para o centro transplantador.

Inúmeros fatores estão imbricados na complexa realidade dos transplantes de órgãos, em nosso País, como em outros dos diversos continentes. Essa complexidade se deve, além de questões técnicas, a diversos outros fatores.

Por isso, os profissionais que estão envolvidos nessa cadeia complexa devem estar atentos a todos os elos do sistema de captação de órgãos e de transplantes. Os que formulam as políticas públicas também devem considerar que as demandas das pessoas que necessitam de transplantes são crescentes e Políticas Públicas e o Sistema Nacional de Transplantes

O atual sistema nacional de transplantes resultou do arcabouço de política pública de saúde que se iniciou com o processo de transição democrática do Brasil, definido na Constituição de 1988, e que se encontra em pleno processo de consolidação. Uma das definições iniciais foram a descentralização de recursos e a transferência da responsabilidade para os Estados e, principalmente, para os municípios (BRASIL, 2002).

A despeito de tais definições estarem relacionadas, diretamente, com o funcionamento do SUS, posteriormente, vieram a funcionar como elementos facilitadores do Sistema Nacional de Transplantes.

No novo contexto de institucionalização das ações de saúde, o Sistema Nacional de Transplantes, foi criado em 1997 e tem como prioridade a transparência de suas ações no campo da política de doação-transplante, visando à assistência de qualidade aos brasileiros. Desse tempo, até o presente momento, mais decretos e portarias foram baixados para dar ao sistema maior resolutividade, normalizar questões burocráticas e relativas ao financiamento público das ações e para conferir maior celeridade à espera dos que necessitam de transplantes.

A atual Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos (PNTOT) está fundamentada, principalmente, na Lei nº 9.434, de 1997, e na Lei nº 10.211, de 2001, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência em relação aos doadores vivos. Essa lei regula toda a rede assistencial através de autorizações e desautorizações de funcionamento de equipes e instituições. Sendo assim, todas as instituições de saúde que integram o sistema nacional de transplantes devem atender a determinados parâmetros previamente estabelecidos. Em função desse perfil é que são autorizadas a realizar os transplantes (BRASIL, 1993).

Antes de 1997, havia apenas a Portaria nº 96, de 28 de julho de 1993, que criou normas de credenciamento hospitalar em transplantes no SUS, porém não

tratava do processo de captação e doação de órgãos para transplantes (BRASIL, 1993).

O Sistema Nacional de Transplantes foi formalizado pela Lei nº 9.434/1997 para atuar na constatação de morte encefálica, em qualquer parte do País, realizar captação, remoção e transporte até o destino dos tecidos e órgãos doados por meio da realização de transplantes (BRASIL, 1997).

Segundo a Portaria Ministerial nº 905, de 16 de agosto de 2001, o processo de captação de órgãos é de responsabilidade da Comissão Intra-Hospitalar de Transplante, o qual compreende a identificação do potencial doador, a organização e a agilidade da confirmação de ME, a abordagem familiar do doador, a organização da retirada, o transporte dos órgãos e a devolução do corpo à família. (BRASIL, 2000).

A Portaria nº 1.752/GM, de setembro de 2005, definiu novas instâncias de operacionalização dos transplantes com a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos (BRASIL, 2005). No ano seguinte, a Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006, aprovou o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às CIHDOTTs (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, devido à fragilidade do processo de doação e captação de órgãos e tecidos, a Portaria nº 2.600, de outubro de 2009, modificou a estrutura organizacional do Sistema Nacional de Transplantes. As estratégias dessa nova estrutura são destinadas a promover o fortalecimento e o aprimoramento do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), a melhoria do processo de doação/transplante, o aumento do número de notificações de morte encefálica e a efetivação de doadores e, conseqüentemente, do número de captações de órgãos e tecidos e de transplantes realizados (BRASIL, 2009).

A principal mudança na estrutura foi a criação das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs) por região geográfica nos estados, cujo papel é de coordenação supra-hospitalar, visando a organizar e apoiar o processo em determinado território, no âmbito de sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (RTSNT). As atividades das OPOs abrangem o processo de doação de órgãos e

tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias e a capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos (BRASIL, 2009).

Entre as diversas normas previstas na Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos está definido, especificamente, que os transplantes de órgãos no Brasil, por doação ao Estado, só podem ser realizados após a morte cerebral do doador. A morte cerebral, natural ou por acidente, deve ser devidamente diagnosticada por uma equipe médica e o transplante precisa ser autorizado pelo SNT. (BRASIL, 2009)

Vale salientar que toda a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos está em sintonia com a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990) e a Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), que regem o funcionamento do SUS, garantindo os direitos aos pacientes que necessitam desses procedimentos. As definições são gerais, entretanto, garantem a possibilidade de realização de transplantes, na medida em que regulamentam a remuneração de diversos procedimentos, entre os quais se incluem aqueles relacionados com a busca ativa de potenciais doadores, gastos com manutenção hemodinâmica, retirada de órgãos e tecidos, transporte e realização do procedimento cirúrgico e intercorrências pós-transplante.

A Lei Orgânica da Saúde ratificou as diretrizes constitucionais do Sistema de Saúde e ampliou as responsabilidades dos municípios na provisão dos serviços de saúde. Também criou mecanismos institucionais, definindo as atribuições de cada esfera de governo na gestão e nas competências sobre a organização dos serviços e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, vinculando a descentralização à municipalização. A lei nº 8.142/1990, por sua vez, tratou especificamente da alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde e do repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990).

Ambas as leis são determinantes para o SNT, já que estabelecem as responsabilidades das diversas instâncias governamentais em questões gerais de saúde e, por sua vez, amparam os cidadãos que necessitam de transplantes, enquanto definem, claramente, a garantia específica de repasses financeiros para execução dos diversos procedimentos que se realizam no decorrer do processo de transplante.

Dados do Ministério da Saúde mostram que o Brasil possui um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Em 2008 contava com 548 estabelecimentos de saúde e 1.354 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes (BRASIL, 2009).

Atualmente, 25 estados da União fazem parte do Sistema Nacional de Transplantes, através das CNCDOs e CIHDOTTs (BRASIL, 2009). Mesmo assim, o sistema não atende a maioria dos que necessitam de transplante.

Desde o início da década de 1990, o progresso brasileiro na realização de transplantes tem sido notável. O Brasil tornou-se, desde então, o segundo país do mundo que mais realiza transplantes, sendo superado apenas pelos Estados Unidos da América. Hoje, o Brasil é o país com o maior dispêndio público no mundo com a realização de transplantes, considerando-se o transplante em si, os procedimentos associados e os medicamentos utilizados. Atualmente, o Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país, sendo considerado um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, com investimento federal de 1,2 bilhões somente no último ano (BRASIL, 2012).

No Brasil, em 2011, foram realizados 6.839 transplantes de órgãos sólidos, incluindo coração, fígado, pâncreas/rim, pâncreas isolado, pulmão e rim, apresentando discrepâncias em relação aos órgãos transplantados e áreas geográficas. O número de transplantes de coração, pâncreas e pulmão mantiveram-se próximos aos valores atingidos em anos anteriores, enquanto os de rim e fígado apresentaram crescimento de pouco mais de 5% (ABTO, 2011).

O Ceará se destaca como o sexto estado da federação a realizar transplantes e o primeiro do Nordeste do País, ultrapassando o Estado da Bahia, maior, mais populoso e economicamente o mais forte do Nordeste do país. Em relação ao transplante hepático, o Ceará lidera o ranking dos Estados em número de transplante por milhão de população (20,2pmp) e fica em segundo lugar em número absoluto, com 128 transplantes hepáticos em 2012, sendo ultrapassado, apenas, pelo Estado de São Paulo, que realizou 460 transplantes no mesmo ano. Entretanto, mesmo com esse desempenho, no Ceará, até o final de 2012, havia 705 pacientes listados, ou seja, pacientes que necessitavam de um transplante (ABTO,2012).

3.3 A doação e o transplante de órgãos: a família como responsável pelo processo de doação

O processo de doação de órgãos é definido como o conjunto de ações e procedimentos que conseguem transformar um possível doador em potencial doador. Uma vez que esse fato se consuma, o processo de doação pode demorar horas ou dias, podendo causar estresse, conflitos e traumas aos familiares, de modo que esses eventos são algumas das causas que comprometem o número de doações.

O doador de órgãos é o elemento fundamental do processo de transplantes. Ele é o elo inicial da cadeia. Sem a existência do doador nenhum sistema de transplante pode funcionar. No Brasil, para a pessoa ser um potencial doador, não é necessário fazer nenhum documento por escrito, basta que a sua família esteja ciente da sua vontade. Assim, quando for constatada a morte encefálica de um paciente, uma ou mais partes do corpo que estiverem em condições de serem aproveitadas poderão ajudar a salvar a vida de outras pessoas.

Segundo Garcia (2006) a taxa estimada de potenciais doadores, isto é, de pessoas com diagnóstico de morte encefálica, sem contraindicação conhecida previamente para a doação, nas diferentes comunidades ou países, é em torno de 50 a 60 por milhão de população por ano (pmp/ano). A taxa almejada de efetivação da doação entre os potenciais doadores deve ser superior a 50%. Entretanto, na maioria dos países apenas entre 15% a 70% dos potenciais doadores são efetivados como doadores, em decorrência da não detecção e/ou não notificação da morte encefálica; de contraindicações médicas ou problemas na manutenção do potencial doador falecido ou, ainda, em razão da recusa familiar à doação. Na maioria dos países desenvolvidos essa taxa varia de 15 a 25 doadores pmp/ano (GARCIA, 2006).

Países desenvolvidos, como a Espanha, que tem o maior número de doadores por habitantes, conseguem registrar uma média de doação ano superior a 30 doações por milhão de população. Nos Estados Unidos, o número é superior a 20 pmp. Na América Latina, o Uruguai tem a melhor média de doações, ultrapassando os nove doadores pmp. O Estado de Santa Catarina destacou-se por atingir 16,6 doações pmp. Atualmente é o primeiro estado no país, na relação de doação por

habitante, obtendo, em 2008, um total de 98 doações, realizando um total de 6533 transplantes (ABTO, 2009).

No Brasil, há estudos sugerindo que se possa chegar a uma maior taxa de potenciais doadores que nos países desenvolvidos, algo em torno de 60 a 100 pmp/ano. Essa estimativa otimista assenta-se no grande número de acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo, que geram significativo número de mortes encefálicas (SANTOS; SILVA; SANTOS; 2006).

Entretanto, durante o ano de 2012, foram notificados às Centrais Estaduais de Transplante (CNCDOs), apenas, 6240 casos (43,6 pmp) e destes, somente 1852 (12,9 pmp) foram efetivados como doadores de órgãos (ABTO, 2012).

Comparando o ano de 2012 com o ano anterior, houve um aumento de 15% na taxa de notificação (43,6 pmp), de 21% na taxa de doadores efetivos (12,9 pmp), de 16% na taxa de doadores efetivos com órgãos transplantados (12,3 pmp) e de 5% na taxa de efetivação da doação (29,7%) (ABTO, 2012).

Segundo o Sistema Nacional de Transplante (SNT), no Ceará, no ano de 2012, foram notificados à CNCDO 315 casos de morte encefálica e, destes, menos da metade foi efetivada como doadores de órgãos, fechando em 140 doações no ano.

Uma vez que o possível doador passa para potencial doador de órgão, inicia-se o processo de doação. Sabe-se que, embora tenha ocorrido um importante aumento na viabilização de possíveis doadores em potenciais doadores, ainda ocorre desperdício de órgãos, provavelmente, decorrente da falta de notificação para as centrais de transplantes. Portanto, devem ser empregados esforços para que haja aumento do número de potenciais doadores por meio da efetivação da atuação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, somente cerca de 20% dos potenciais doadores cadavéricos se tornam doadores efetivos. Das causas de não efetivação da doação, 25,8% se devem à recusa dos familiares em permitir a doação de órgãos de seu parente falecido e 20% a parada cardíaca, relacionada à demora para constatação da morte encefálica e decisão da família sobre a doação, acarretando dificuldades na manutenção dos potenciais doadores (ABTO, 2011).

Em 2012, a negativa familiar foi responsável por 27,4% das causas de não efetivação da doação, mas, 45% das famílias entrevistadas recusaram a doação (1.178 de 2.617) (ABTO, 2012).

De acordo com Coelho et al (2007) o pequeno número de doadores também pode ser considerado fator limitante ao incremento dos transplantes no Brasil.

A presença da família como parte essencial do cuidado aos pacientes em morte encefálica e inquestionável. Entretanto, os Enfermeiros encontram muitas dificuldades para incorpora-la nesse processo, como as impostas pelas barreiras institucionais, e, embora não queiram feri-las, por meio de concessões acabam transgredindo-as, para que essa inserção e esse acolhimento sejam efetivados. Tal dilema denota que o cuidado integral e humano prestado a essas famílias, nem sempre, é compreendido, adotado e respeitado por muitos.

O Enfermeiro dessa unidade é responsável pelos cuidados e pelas relações estabelecidas com os pacientes e respectivos familiares, de maneira que não pode limitar seu atendimento às alterações fisiopatológicas, ao tecnicismo e à execução mecânica de procedimentos. Ele deve compreender que o afastamento do paciente do convívio familiar, a falta de orientações específicas, a rigidez imposta pelas normas institucionais, a situação do seu ente que se encontra entubado, repleto de aparelhos, sondas, fios e com alterações fisionômicas (edema de face, deformidades e presença de hematomas), fazem com que se sintam inseguros e despreparados em relação à assistência, deixando-os solícitos de informações a todo o momento.

A família, nesse contexto, muitas vezes não é percebida ou valorizada como peça primordial para o cuidado e comumente é interpretada como incômodo, quando manifesta dúvidas a respeito do atendimento profissional e institucional ou quando apresenta preocupação com a evolução clínica do seu ente. Sofre, ainda, descaso com relação às informações e às limitações referentes aos horários de visitas.

O sofrimento dos familiares, no ato da decisão de doação, denuncia a necessidade de sensibilização dos profissionais da saúde, principalmente dos Enfermeiros, para que a família seja percebida como objeto do seu cuidado e

canalize seus esforços profissionais para cuidar de seus membros de modo especial e diferenciado.

Cabe à enfermagem respeitar a dor e o sofrimento dos familiares, de modo a propiciar o desabafo e fornecer esclarecimentos pertinentes ao processo doação-transplante, particularizando o atendimento e acompanhando-os, efetivamente, do início ao término desse processo.

A insatisfação dos familiares, a falta de informação e a rudeza no trato expressam situações cotidianas não resolvidas no atendimento à saúde, em geral. E essas são responsáveis, muitas vezes, pela decisão da família pela doação. Profissionais habilidosos e, antes de qualquer coisa, que respeitem a dor do outro, que tenham disposição de tempo para dar a assistência devida aos familiares, com certeza, irão interferir na decisão de doação (ARAUJO; SILVA, 2011).

3.4 O cuidado ao potencial doador de órgão: a atuação do Enfermeiro intensivista e o desgaste emocional

A UTI é uma unidade de internação altamente especializada, possuindo uma dinâmica operacional e um ambiente bastante diferenciado de outros serviços hospitalares, influenciando, assim, no comportamento da equipe de trabalho. É nesse ambiente que os profissionais podem, involuntariamente, supervalorizar as práticas técnicas, os equipamentos sofisticados, tornando a assistência racional e tecnicista. Esses comportamentos podem ter origem na tensão permanente que esses trabalhadores vivenciam, devido à ocorrência de doenças graves e à permanência em um ambiente fechado, por longas horas, fazendo com que as relações humanas entre equipe e paciente se tornem frias e fragmentadas, fruto de estresse, sofrimento e desmotivação.

A complexidade dessa unidade não se dá apenas pela tecnologia utilizada, mas o processo de cuidar que os Enfermeiros empregam aos pacientes ali internados exige uma complexidade de saberes técnicos e científicos devido à gravidade da condição de saúde dos pacientes. Essas unidades críticas exigem ainda o pensar e o agir prontamente, pois se trabalha com situações extremas entre vida e morte.

A equipe profissional que atua em UTI defronta-se com situações limítrofes de vida/morte. Os próprios profissionais podem se tornar desumanos, em decorrência da necessidade de desenvolverem perspicácia na observação, rapidez, precisão e eficiência no atendimento ao paciente em estado crítico.

O ambiente da UTI caracteriza-se pelo som constante de alarmes e *bips*, ambiente fechado, com situações de emergência, vigília constante, culminando por enfatizar a visão mecanicista e o distanciamento da equipe de enfermagem com a pessoa a quem presta cuidado (HUDACK; GALLO, 1997).

A UTI é uma unidade singular e complexa existente no ambiente hospitalar. A equipe de saúde mantém uma luta diária pela manutenção da vida da pessoa que se encontra em estado crítico, necessitando de cuidados específicos e monitorização constante, especialmente da enfermagem (GOMES, 2008).

O convívio diário com o paciente crítico, na maioria das vezes totalmente dependente de cuidados, além do confronto com a dor e a morte, causa nesses profissionais angústia, sofrimento, frustração e estresse. Em algumas situações é responsável por gerar uma baixa motivação, levando-os por vezes a utilizar estratégias como afastamento e negação na intenção de se proteger.

Cuidar de quem está morrendo – ou que já morreu – é considerada uma tarefa difícil, na qual são exacerbados sentimentos oriundos de vivências pessoal e familiar de quem cuida. Esses trabalhadores desenvolvem suas atividades cercadas de muita emoção e questionamentos, uma vez que não foram preparados para trabalhar com a morte, mas sim com a vida.

Como já descrito, a morte encefálica pode causar múltiplos efeitos nocivos sobre o organismo, resultando em instabilidade cardiovascular, desarranjos metabólicos e hipoperfusão tecidual. É importante que se tenha um amplo conhecimento dessas possíveis complicações, para que seja possibilitado o reconhecimento precoce e, conseqüentemente, o manuseio para a preservação dos órgãos.

Assim que a morte encefálica é declarada, o tempo se torna crítico, pois ocorrem mudanças drásticas e outras prioridades passam a existir. Deixa de haver preocupação em manter a perfusão cerebral e se estabelece a preocupação em proteger a perfusão de outros órgãos, tendo como prioridade garantir o melhor suporte fisiológico e, assim, aumentar as chances de sucesso dos órgãos

destinados aos transplantes (ARAÚJO; CINTRA; BACHEGA, 2005; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Na morte encefálica ocorrem perturbações neuro-humorais cíclicas que incluem alterações bioquímicas e celulares que conduzem à disfunção múltipla dos órgãos. Dessa forma, cuidar de potenciais doadores de órgãos requer manutenção de ventilação artificial, aspiração de secreção traqueal, aquecimento e monitorização da temperatura. Esses cuidados são considerados fundamentais, pois há perda do centro termorregulador hipotalâmico, desencadeando hipotermia que pode causar depressão do miocárdio, arritmias, diminuição do transporte de oxigênio, aumento da afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, disfunção renal, pancreatite e coagulopatias, dentre outras disfunções que repercutem na qualidade do órgão a ser transplantado (D' IMPERIO, 2007; LEMES; BASTOS, 2007).

Acompanhar a evolução dos parâmetros da pressão arterial e observar a perfusão é cuidado defendido em razão da disfunção cardiovascular que se manifesta por meio de severa hipertensão, seguida de hipotensão progressiva e, conseqüentemente, hipoperfusão tecidual. A função miocárdica é alterada pelos distúrbios eletrolíticos, pelas perdas renais e por distúrbios hormonais (GUETTI; MARQUES, 2008). Cuidar das córneas pela umidificação é fundamental, uma vez que é um dos tecidos mais transplantados na atualidade. A córnea deve ser mantida umedecida e protegida com pomada para evitar ceratites (LEMES; BASTOS, 2007).

Outros cuidados importantes dirigem-se para o rigoroso controle de assepsia e o cuidado com a higiene corporal para que diminua os riscos de infecção (LEMES; BASTOS, 2007).

Cabe à equipe de enfermagem a realização do controle de todos os dados hemodinâmicos do possível doador, a fim de que este se torne um potencial doador.

Para tanto, faz-se necessário que o Enfermeiro intensivista possua conhecimentos técnico-científicos que envolvam a monitorização e as repercussões hemodinâmicas advindas da reposição volêmica e da administração de drogas vasoativas.

O transplante não acontece somente a partir da vontade e do empenho dos participantes desse processo, mas do envolvimento e dos esforços comuns de todos os atores sociais desse complexo processo que se inicia na sociedade, de

onde provêm as doações dos órgãos e tecidos, no momento da morte encefálica, assim como do empenho das equipes multiprofissionais. A detecção do potencial doador de órgãos e tecidos deve ser realizada tão logo ocorra o diagnóstico de morte encefálica. A consciência da irreversibilidade do quadro de morte deve despertar no profissional a condição do aproveitamento dos órgãos para o transplante. Entretanto, são imprescindíveis as ações dos profissionais inerentes à manutenção desse corpo para que aguarde, em excelentes condições hemodinâmicas, a decisão familiar com relação à doação dos órgãos aproveitáveis (NOTHEN, 2007).

Os cuidados estabelecidos pelo Enfermeiro ao potencial doador de órgãos em morte encefálica vêm sendo estudados no intuito de fundamentar e atualizar essa temática. Guetti e Marques (2008) desenvolveram um estudo que buscou descrever a atuação do Enfermeiro na assistência para manutenção fisiológica do potencial doador de órgãos; Rech e Rodrigues Filho (2007) revisaram aspectos fisiopatológicos da morte encefálica e resumiram estratégias terapêuticas atuais; Sesma e Ollo (2001) também descreveram alterações fisiopatológicas que ocorrem no potencial doador após a morte encefálica e identificaram os cuidados de enfermagem decorrentes de cada uma das alterações; Guido et al. (2009) buscaram conhecer as situações que a equipe de enfermagem identifica como estressantes, comuns à atuação em UTI, especialmente na assistência prestada ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos. No entanto, Lemes e Bastos (2007) foram além dos cuidados de manutenção, objetivaram compreender a vivência da equipe de enfermagem em relação aos cuidados de manutenção de potenciais doadores de órgãos. De semelhante modo Flodén e Forsberg (2009) descreveram a percepção do Enfermeiro intensivista sobre o cuidado na doação de órgãos com base em sua experiência de cuidar de potenciais doadores de órgãos.

Nesse estudo as enfermeiras informaram que cuidar de um paciente em morte encefálica é uma situação desafiante tanto ética como profissionalmente. Perceberam, ainda, que existe uma ampla responsabilidade “onde nada pode dar errado” no que se refere ao encontro com a família e em termos de conhecimento e cuidado com o potencial doador. Afirmam que o cuidado a esse paciente exige uma demanda mental e física maior quando comparada com outros pacientes internados na UTI (FLODÉN, FORSBERG, 2009).

Discutir acerca da forma como o Enfermeiro vem enfrentando os desafios e sentimentos relacionados ao cuidar do paciente em morte encefálica, potencial doador de órgãos, pode facilitar sua atuação, propiciando aos membros da equipe de enfermagem condições para que vivam e trabalhem melhor. Como consequência, será possível desenvolver um cuidado humanizado ao potencial doador e seus familiares, de forma que contribua para o aumento do número de captações efetivadas e para possibilidade de mais transplantes.

Os Enfermeiros trabalham buscando preservar a vida, uma vez que de cada potencial doador, pelo menos três pessoas podem ser beneficiadas. Mas, o paciente que recebe o cuidado já teve sua morte constatada. Esta realidade é relativamente recente e complexa e necessita que seja melhor trabalhada junto aos envolvidos nesse processo, entre eles a equipe de saúde.

Diferentes tipos de trabalho são considerados estressantes e contribuem para o desgaste físico e mental no trabalhador, levando-o a alterações no seu desempenho. Dessa forma, os profissionais envolvidos com os cuidados de saúde enfrentam a necessidade de adequar a crescente tecnologia à qualidade da assistência aos pacientes. Assim, as instituições hospitalares assumem posição de destaque como ambiente propício ao estresse, o que tem exigido dos profissionais adaptação, consciência e habilidade para enfrentar tamanhas evoluções (MAURO *et al.*, 2004).

A equipe de enfermagem que convive com o paciente crítico e a possibilidade de morte no seu dia a dia procura auxiliar o mesmo e sua família no processo de morrer.

Algumas situações, como no processo de captação de órgãos para transplante, despertam, nesses profissionais, conflitos internos, insegurança e sofrimento, especialmente pelo fato de estes possuírem seus próprios valores culturais e sociais, suas crenças religiosas, filosóficas e seus posicionamentos éticos (BELLATO; CARVALHO, 2005).

São nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) onde a dor e o sofrimento se fazem mais presentes, especialmente no convívio com aqueles indivíduos que são considerados graves e que apresentam Morte Encefálica (ME), que podem provocar intenso estresse na equipe de saúde.

Os indivíduos com ME têm grandes possibilidades de serem potenciais doadores de órgãos e, neste sentido, precisam ser mantidos por um período de tempo, até que o processo de doação seja desencadeado.

O processo de captação e doação de órgãos para transplantes caracteriza-se como uma atividade complexa, geralmente implementada por uma equipe multiprofissional que atua em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Destaca-se, em particular, a atuação do Enfermeiro intensivista, que se caracteriza por ser responsável por prestar o cuidado direto ao potencial doador que está em Morte Encefálica (ME) e sua família.

É fundamental, portanto, que os Enfermeiros intensivistas, por atuarem diretamente no processo de doação e captação de órgãos, conheçam todas as etapas do processo, tornando-se aptos para desempenhar sua atividade junto à família e ao potencial doador.

Além da atuação junto à família, a equipe necessita cuidar do potencial doador, para que seus órgãos se mantenham em condições adequadas/satisfatórias, com a finalidade de viabilizar a doação desses órgãos embasada em protocolos assistenciais (VARGAS, 2006).

Essa delicada e complexa situação de ter que lidar com a família e cuidar de uma pessoa em ME pode gerar nesses profissionais conflitos internos, insegurança e sofrimento, especialmente porque estes possuem seus valores culturais e sociais, suas crenças religiosas, filosóficas e seus posicionamentos éticos (BELLATO, CARVALHO, 2005).

Enquanto realizam o cuidado ao potencial doador de órgãos deparam-se com situações que despertam emoções e que podem gerar estresse, inclusive dificultando o atendimento prestado.

Neste sentido, Coimbra *et al.* (1995) destacam que para poder compreender essa dualidade de sentimentos da equipe de enfermagem é necessário compreender que o início do cuidado acontece bem antes de a pessoa ser um potencial doador. Começa com um ser vivo com quem se estabelece uma relação de cuidado cujas atividades visam à sua sobrevivência. Em uma fase seguinte há necessidade de parar de tratar um indivíduo vivo, para começar a cuidar de um cadáver, potencial doador de órgãos. Esses indivíduos sofrem por terem que

trabalhar nessa situação, tendo que cuidar de um corpo morto, considerando que o foco da assistência está na preservação da vida, na luta contra a morte.

Vida e morte – dois extremos, dois opostos, dois fenômenos com os quais a enfermagem se depara todos os dias. Luta-se, sempre, pela manutenção da vida, mas, no caso dos pacientes com ME, mesmo diante da morte, a enfermagem luta pela vida, esta representada pela vitalidade dos órgãos e tecidos.

Observa-se, portanto, que, de modo geral, a equipe de enfermagem em UTI, no suporte ao paciente em ME, além de estar exposta ao estresse relacionado às características do setor ainda está sujeita ao estresse dos exigentes cuidados dispensados a esse tipo de paciente. As atividades da equipe de enfermagem englobam a assistência direta ao potencial doador, além de outras que dizem respeito ao atendimento aos familiares e à equipe de saúde, em geral, como, também, dizem respeito à preocupação com os órgãos e com o receptor.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica, com abordagem qualitativa. A busca pela aproximação do objeto do estudo se deu através de uma pesquisa qualitativa por esta ser capaz de

[...] incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2006, p. 22).

Adota-se essa natureza de estudo, porque ela propõe uma aproximação subjetiva mais fidedigna à realidade, explorando o objeto de estudo em sua dimensão micro e macro, sistematizando o conhecimento até a sua compreensão lógica. Segundo Santos (1999), a pesquisa descritiva é a busca de características de um determinado fenômeno. Tem como propósito descrever os fatos do fenômeno de uma realidade específica.

Além disso, o produto de uma pesquisa descritiva não só explica ou detalha fenômenos, os seus achados são utilizados também para aperfeiçoar as práticas. A pesquisa é exploratória, pois permite ao pesquisador ampliar o seu conhecimento, adquirindo maiores subsídios sobre um determinado problema (TRIVIÑOS, 2009). É analítica, porque adota-se como base analítica a análise crítica do discurso e análise de conteúdo.

Captar a realidade, quando o pesquisador está inserido no contexto, foi uma preocupação sempre presente durante todo o trajeto de construção do projeto de pesquisa. Sendo o objeto de pesquisa mobilizador e instigante e, considerando que se estava diante de uma aproximação da prática do Enfermeiro junto ao potencial doador de órgãos, sabe-se que se terá de realizar um processo de investigação mantendo o rigor para o distanciamento necessário do investigador mergulhado na problemática, para que haja confiabilidade no material empírico.

Dessa forma, teremos que nos respaldar, através de cuidados metodológicos, para que interferências que ocorram durante a coleta possam ser

minimizadas, já que a pesquisadora está inserida no contexto e trabalha no local do estudo.

Há critérios a serem observados quando se está realizando um processo de investigação científica. Dessa forma, utilizam-se técnicas e critérios para que os sujeitos da pesquisa não se sintam pressionados a participar da produção de dados, respeitando sua autonomia e deixando claro que podem retirar o seu consentimento para a coleta a qualquer momento. No entanto, compartilha-se da concepção de que não há neutralidade por parte do pesquisador durante um processo de investigação, sendo este parte da realidade que imprime uma determinada visão de mundo.

Segundo Minayo (2002), nenhuma pesquisa é neutra, seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais “ingênuo” ou “simples” nas pretensões, tem a norteá-lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos.

Destaca-se, ainda, a complexidade da prática do Enfermeiro levando a uma teia de explicações para a sua compreensão. Dito isso, ressalta-se que o presente trabalho apresenta como uma das possibilidades de aproximação a essa realidade a tentativa de compreendê-la.

Cabe ao Enfermeiro a assistência direta ao paciente crítico, o gerenciamento da equipe e o estabelecimento de prioridades na assistência, além do cuidado ao paciente potencial doador de órgãos. Esse cuidado demanda tempo e dedicação por exigir uma série de procedimentos específicos.

Ao se trabalhar com a análise da prática do Enfermeiro junto ao paciente potencial doador de órgãos buscou-se a subjetividade dos sujeitos no processo. Ou seja, o que esses profissionais sentem e pensam sobre esses cuidados e como eles constroem a prática cotidiana. Consideram-se sua cultura, crenças, valores, sua ideologia, seus sentimentos, desejos, temores, interesses, o modo de realizar sua prática e seu comportamento e seus sentimentos frente à situação de cuidar de um paciente em morte encefálica.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) clínico de um hospital público estadual em Fortaleza-CE, referência no Estado no atendimento à atenção terciária e quaternária.

A instituição possui 513 leitos, sendo o maior hospital da rede pública do Ceará. Atende à população do Estado e, por sua referência e complexidade, também aos estados vizinhos, em diferentes áreas de saúde. É referência nas especialidades de Cirurgia Geral, Neurologia, Neurocirurgia, Reumatologia, Nefrologia, Transplante Renal, Gineco-obstetrícia, Traumato-ortopedia, Oftalmologia, entre outras.

Hoje, esse serviço mantém o único banco de olhos do Estado e faz a captação, a preservação e a distribuição de córneas para os 13 centros transplantadores de todo o Ceará. Realiza transplantes de córneas, de fígado, de pâncreas e de rins. O Centro de Transplantes Renais é referência no Norte e no Nordeste, já tendo realizado mais de mil transplantes, marca atingida em 2009.

O CTI é composto por três UTI's e conta com 38 leitos, recebendo pacientes clínicos, cirúrgicos, neurológicos e neurocirúrgicos.

As UTI's que compõem o CTI são denominadas: UTI amarela, composta por 14 leitos, caracterizada por atender pacientes neurológicos e neurocirúrgicos; UTI azul, composta por 8 leitos, com perfil de pacientes clínicos e cirúrgicos; e UTI verde composta por 16 leitos, a maior UTI das três, que recebe pacientes com perfil clínico e considerada a UTI de maior complexidade.

Nesse ambiente trabalham 56 Enfermeiros, divididos em turnos diurnos e noturnos. A dinâmica do CTI é complexa, pois envolve o cuidado de pacientes clínicos e cirúrgicos distintos, desde aqueles que se recuperam de procedimentos simples e ficam na unidade por um período de tempo menor que 48 horas, até os pacientes que permanecem mais dias no setor, com todo o aparato tecnológico e humano de uma unidade de terapia intensiva.

No ano de 2011, foram notificados 93 potenciais doadores de órgãos provenientes do CTI. Destes, apenas, 28 (30,10%), se tornaram doadores efetivos. Em 2012, até o mês de setembro, já haviam sido notificados 81 potenciais doadores, dos quais 25 (31%) efetivaram o transplante. No Estado do Ceará, esses números

representam, aproximadamente, 25% de todas as notificações realizadas no ano de 2012, e 22% das notificações em 2011. Observa-se que, aproximadamente, 70% dos potenciais doadores notificados não efetivam a doação (ABTO, 2012).

De acordo com o relatório anual da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos, durante o ano de 2013, ocorreram 24 confirmações de morte encefálica e 11 suspeitas, com a concretização de 9 doações. A partir dos dados desse relatório foi possível identificar os motivos da não aberturas do protocolo para confirmação de ME dos casos suspeitos de morte encefálica e as causas da não doação dos casos com morte encefálica confirmada e sem contraindicação para doação.

Para uma melhor visualização de algumas questões relativa ao processo de morte encefálica do paciente e de doação de órgãos e tecidos, serão apresentados em quadros alguns dados que se considera importantes.

Quadro 1 - Ocorrência de morte encefálica e de doações nas três unidades do CTI do Hospital Geral de Fortaleza – CE, Jan-dez, 2013.

| UTI | Protocolos Abertos | f (%) | Doações Efetivadas | f (%) |
|---------|--------------------|-------|--------------------|-------|
| Amarela | 15 | 62,5 | 6 | 40 |
| Azul | 4 | 16,7 | 2 | 50 |
| Verde | 5 | 20,8 | 1 | 20 |
| TOTAL | 24 | 100 | 9 | 37,5 |

Fonte: Relatório Anual, CIHDOTT-HGF. Fortaleza – CE2013.

O Quadro 1 apresenta o número de protocolos abertos e doações efetivadas por UTI. Observa-se que na UTI amarela ocorreu o maior número de aberturas de protocolos e de doações efetivadas. Esta caracteriza-se por ser uma unidade neurológica e neurocirúrgica o que, provavelmente, justifique os números achados, uma vez em que há uma maior concentração de pacientes em pós-operatório de cirurgias neurológicas complexas e de pacientes vítimas de AVC e de hemorragias cerebrais.

A UTI Azul é caracterizada por ser uma unidade clínica e que, também, recebe pacientes cirúrgicos. Nessa Unidade ocorreram quatro aberturas de protocolo para confirmação de ME. Após o fechamento e a confirmação da morte encefálica, 50% dos casos evoluíram para doação.

A UTI Verde, apesar de ser a maior UTI em número de leitos, registrou cinco aberturas de protocolo para confirmação de ME e apenas uma doação

efetivada. Essa unidade é caracterizada por possuir pacientes mais graves que acabam por ter seus sistemas comprometidos, o que inviabiliza a doação.

Também foram identificados pacientes que apresentavam sinais clínicos de morte encefálica, mas que era necessário a abertura do protocolo de ME para confirmação. No entanto, alguns fatores contribuíram para que a abertura do protocolo não fosse possível.

Quadro 2 - Motivos da não abertura do protocolo para confirmação de morte encefálica por Unidade do CTI do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza – CE, Janeiro, 2013.

| UTI | Suspeita de ME sem protocolo aberto |
|--|-------------------------------------|
| UTI Amarela | 3 |
| UTI Azul | 1 |
| UTI Verde | 7 |
| Motivos para não abertura do Protocolo de ME | |
| Instabilidade Hemodinâmica | 8 |
| Contra indicação para doação | 2 |
| Não identificação do diagnóstico | 1 |

Observa-se que, ao todo durante o ano de 2013 no CTI do HGF, onze pacientes apresentaram sinais clínicos de morte encefálica, porém não foi possível realizar a abertura do protocolo para a confirmação da morte encefálica. Oito destes pacientes se encontravam em condições hemodinâmicas instáveis o que inviabilizou a abertura do protocolo. Estes eram pacientes que encontravam-se em uso de drogas vasoativas em alta vazão ou possuíam comprometimento pulmonar grave. Fato que contribui para a instabilidade hemodinâmica é a manutenção hemodinâmica inadequada, assim como a identificação do potencial doador tardiamente, levando ao atraso da implementação de condutas adequadas que irão contribuir para uma maior estabilidade dos sistemas orgânicos do paciente em ME.

Fato também relevante, relatado pelos sujeitos da pesquisa, é a demora na realização do segundo teste pelo médico neurologista, o que freqüentemente exige que o suporte avançado seja mantido por um tempo relativamente longo, permitindo o aparecimento e a piora de diferentes disfunções orgânicas, que ocasionam uma instabilidade hemodinâmica importante, impossibilitando, por vezes, a conclusão do protocolo de ME.

Dentre os outros motivos para não abertura o protocolo de ME, estavam a contra-indicação médica e a não identificação do diagnóstico do paciente, ou seja, a causa basal que levou à morte encefálica.

No caso dois pacientes que possuíam contra-indicação para doação, um era portador de lúpus e o outro era soropositivo para HIV.

Quadro 3 – Frequência dos motivos da não doação de órgãos e tecidos de pacientes com ME confirmada no CTI do Hospital Geral de Fortaleza. Jan-dez, 2013.

| CONTRA INDICAÇÃO PARA NÃO DOAÇÃO | Ocorrência | f(%) |
|---|-------------------|-------------|
| Instabilidade hemodinâmica | 4 | 26,6 |
| Negativa familiar | 6 | 40 |
| Descarte pela equipe do Tx | 3 | 20 |
| Não doador em vida | 2 | 13,4 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Fonte: Relatório Anual, CIHDOTT-HGF. Fortaleza – CE, 2013.

Observa-se nesse estudo, que a negativa familiar representou cerca de 40% dos motivos da não efetivação da doação.

Quadro 4 – Frequência dos motivos da negativa familiar para doação de órgãos de pacientes com ME confirmada no CTI do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza – CE, Jan-dez, 2013.

| NEGATIVA FAMILIAR | Ocorrência | f(%) |
|--|-------------------|-------------|
| Acreditavam em milagre | 2 | 33,3 |
| Desejava o corpo íntegro | 2 | 33,3 |
| A vontade do paciente em não doar foi respeitada | 2 | 33,3 |
| TOTAL | 6 | 99,9 |

Fonte: Relatório Anual, CIHDOTT-HGF. Fortaleza - CE 2013.

Os dados demonstram que os motivos de recusa da doação dos órgãos, mais encontrados são: a espera de um milagre (crença religiosa); a crença na reversão do quadro (não compreensão do diagnóstico de morte encefálica) e a não aceitação da manipulação do corpo.

A recusa familiar contribui para que o número de doadores seja insuficiente para atender à demanda crescente de receptores em lista de espera e, dessa forma, vem sendo apontada como um dos fatores responsáveis pela escassez de órgãos e tecidos para transplante.

Observa-se que aproximadamente 33,3% da negativa familiar é devido a crença em um milagre. A crença religiosa, é uma situação presente no processo de

doação e que os Enfermeiros precisam estar preparados para enfrentá-la, pois percebem que por motivos religiosos, em alguns casos, os familiares recusam a doação. Relatam que existe a necessidade de explicação e esclarecimentos aos familiares em relação à doação de órgãos e religião. A crença em Deus alimenta a esperança da família de que um milagre possa acontecer. A crença que Deus possa ressuscitar ou abençoar o paciente com um milagre é tão grande que o familiar, mesmo quando tem ciência da morte encefálica, prefere acreditar que o paciente vai melhorar.

Observa-se que 33,3% da recusa familiar foi motivada pelo desejo do corpo íntegro. O desejo do paciente falecido, manifestado em vida, de não ser um doador de órgãos foi respeitado e também integrou um dos motivos da negativa familiar para doação.

Considerando-se essas condições, justifica-se a escolha do local para a realização deste estudo, uma vez que há um alto índice de não efetivação da doação, o que instiga pesquisas que permitam uma maior aproximação e conhecimento dessa realidade.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram os Enfermeiros que compõem as equipes multiprofissionais do CTI do referido hospital, sendo incluídos neste estudo 30 deles. O critério de inclusão dos sujeitos foi: estar vinculado ao serviço há, pelo menos, seis meses. Como critérios de inclusão dos profissionais, foram considerados: tempo de atuação na instituição de, pelo menos, 6 meses, pois se acredita que tal período permite ao profissional uma maior adaptação ao ambiente e a vivência na assistência ao paciente potencial doador de órgão e tecidos.

Tal critério visa a atender os objetivos de traçar o perfil dos Enfermeiros que atuam no CTI identificando as ações e práticas utilizadas no cuidado de pacientes potenciais doadores.

De acordo com dados da instituição, em setembro de 2013, 56 Enfermeiros exerciam suas atividades no centro de terapia intensiva. Neste estudo, o quantitativo de profissionais entrevistados foi limitado pela saturação teórica dos dados, ferramenta amplamente utilizada em pesquisas qualitativas em saúde, em

que o fechamento amostral é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 Coleta de dados

A produção de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2013, após a permissão do Comitê de Ética em Pesquisa do HGF e do coordenador da instituição mediante termo de autorização.

Os dados deste estudo foram produzidos pelos sujeitos da pesquisa no momento da entrevista e a partir da observação sistemática. Além disso, foram levantadas informações sobre a caracterização pessoal, sociodemográfica e profissional dos participantes.

A produção de dados se deu seguindo as seguintes fases:

- 1) Convite dos Enfermeiros que fizeram parte da pesquisa para apresentação dos objetivos da pesquisa. Esse convite se deu através de visitas a cada UTI onde os Enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa. Será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para posterior assinatura;
- 2) Fez-se um teste piloto para conhecer a aplicabilidade das perguntas norteadoras das entrevistas destinadas aos profissionais. O teste foi realizado no mês de agosto e não foram necessárias modificações na formulação das perguntas destinadas aos profissionais.
- 3) Observação sistemática do serviço;
- 4) Realização de entrevista norteadora pelas seguintes questões:
 - Como você concebe a doação de órgãos e tecidos?
 - Como é o seu cotidiano no cuidado a pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos?
 - Como você percebe sua prática profissional de Enfermeiro junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos?

- Você considera que há diferença no cuidado prestado ao paciente com morte encefálica e os outros pacientes que se encontram internados no CTI? Se sim, quais são essas diferenças?
- Quais implicações a sua prática junto ao paciente com morte encefálica tem para a concretização do processo doação-transplante?
- Você deseja acrescentar algo?

A coleta de dados se deu de acordo com a dinâmica a seguir.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, foram realizadas visitas exploratórias a fim de conhecer a dinâmica de trabalho dos Enfermeiros atuantes no Centro de Terapia Intensiva (CTI), identificar os profissionais atuantes nas mesmas, realizar o convite aos Enfermeiros para participação da pesquisa e definir o cronograma de trabalho.

A pesquisa teve colaboração da equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT do HGF. Após serem apresentados os objetivos e o protocolo da pesquisa, a equipe se comprometeu a comunicar à pesquisadora responsável a existência de paciente possível ou potencial doador de órgãos no CTI do HGF através dos contatos fornecidos pela pesquisadora.

Com a colaboração da CIHDOTT, foi possível realizar a observação sistemática da assistência prestada pelo Enfermeiro a sete pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos.

No momento em que havia um paciente com suspeita ou em processo de confirmação de morte encefálica foi realizada a observação sistemática, que consiste numa técnica de investigação científica utilizada nas pesquisas de campo quando se pretende obter dados para além dos sentidos, buscando examinar fatos e fenômenos em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações.

O objetivo das observações é obter dados fidedignos sobre a dinâmica do processo de trabalho da enfermagem no ambiente pesquisado, que possam corroborar ou não o que foi dito durante as entrevistas (TRIVIÑOS, 2009; MARCONI, LAKATOS, 2007).

A observação foi realizada com registros em um diário de campo, seguindo um roteiro de observação (APÊNDICE A), onde foi priorizada a obtenção de situações importantes para responder aos objetivos propostos por esta pesquisa.

Seguindo este princípio, a pesquisadora procurou estar presente sempre nos momentos das visitas dos familiares, que acontecem das 16h Às 17h, no plantão diurno, e das 20h às 21h no plantão noturno, geralmente iniciando a observação às 16h e finalizando após às 21h, o que totalizou cerca de 50 horas de observação da dinâmica da assistência do Enfermeiro ao paciente com morte encefálica, a sua interação com os familiares desses pacientes, além da interação destes com a equipe da UTI e com os profissionais da CIHDOTT que sempre realizavam a busca ativa na unidade.

A observação como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa é discutida por vários autores em diversos períodos: Goode e Hatt (1979), Triviños (2009) e Gil (2007). Para Gil (2007), a observação constitui um elemento fundamental para a pesquisa. É, todavia, na fase de coleta de dados que o seu papel se torna mais evidente. Para efeitos científicos requer planejamento em relação ao objeto da observação e como deve ser observado. Portanto, a observação será utilizada como técnica na coleta de dados desta pesquisa, por permitir a captura de uma variedade de situações que normalmente não se poderiam acessar por meio de questionários e entrevistas, pois é uma técnica que não consiste em apenas ver ou ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar.

As entrevistas foram agendadas em concordância com os sujeitos, conforme disponibilidade dos mesmos, e foram realizadas no próprio serviço, numa sala reservada para esse fim, o que permitiu que as entrevistas fossem interrompidas o mínimo possível, além de garantir que a privacidade dos Enfermeiros fosse preservada, o que também contribuiu para que os profissionais se sentissem mais à vontade. Geralmente, os profissionais se mostravam mais disponíveis nos finais dos plantões ou no início destes. O regime de trabalho dos Enfermeiros nessa unidade é de plantão de doze horas, sendo o plantão diurno iniciado às 7h da manhã e finalizado as 19h; o plantão noturno iniciado as 19h e encerrado às 7h da manhã do dia seguinte. Portanto, para a realização das entrevistas, a pesquisadora procurava estar presente na unidade no final do plantão diurno e no início do plantão noturno, com o intuito de conseguir entrevistar os Enfermeiros dos dois turnos.

No momento da entrevista foi realizado o preenchimento de um roteiro de entrevista composto de perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas eram referentes à caracterização pessoal, sociodemográfica, profissional e experiência prática na área. As perguntas abertas foram compostas perguntas norteadoras voltadas à prática do Enfermeiro junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos (APÊNDICE B).

A entrevista foi registrada com auxílio de um gravador e, posteriormente, as informações foram transcritas na íntegra, o que permitiu maior acurácia dos dados no momento da análise.

Para Yin (2005), o uso da gravação fornece uma expressão mais acurada de qualquer entrevista do que qualquer outro método. No entanto, o autor salienta que o gravador não pode ser utilizado quando não houver consentimento do entrevistado, quando não há um planejamento claro para transcrever o conteúdo das fitas ou quando o pesquisador é inábil com a aparelhagem mecânica de modo que o gravador cause distração durante a entrevista.

Ao se referir à precisão de informações, Gil (2007) afirma que o único modo de reproduzir respostas com precisão é registrá-las durante a entrevista, mediante anotações ou com o uso de gravador. Todavia, as anotações apresentam inconvenientes, como os limites da memória humana e as distorções decorrentes dos elementos subjetivos. Para Minayo (2006), o uso do gravador é um instrumento de garantia fidedigna da conversa.

Trivinos (2009) recomenda que as entrevistas não durem além de 30 minutos, pois correm o risco de se tornarem repetitivas. Além disso, recomenda também que sejam preferencialmente gravadas. Quando isto não ocorre há maior possibilidade de fragmentação da fala.

A entrevista qualitativa é bastante útil como método de pesquisa para se ter acesso às atitudes e aos valores dos indivíduos – aspectos que não podem necessariamente ser observados ou acomodados em um questionário formal. As perguntas abertas e flexíveis podem obter respostas mais ponderadas do que as perguntas fechadas e, por isso, proporcionam um melhor acesso às visões, às interpretações dos eventos, aos entendimentos, aos sentimentos, às experiências e às opiniões dos entrevistados. Quando bem realizada, a entrevista pode atingir um

nível de profundidade e complexidade que não está disponível a outras abordagens particularmente baseadas em levantamentos (BYRNE, 2004).

4.5 Análise dos resultados

Esta fase tem como finalidade estabelecer uma compreensão dos dados coletados, responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

Os dados de caráter quantitativo foram agrupados em quadros e discutidos de acordo com a literatura pertinente ao assunto.

Na análise do material de cunho qualitativo optou-se pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática que, segundo de Bardin (2011), busca apreender os conteúdos representacionais relativos ao objeto de estudo. Posteriormente, para a ordenação do material empírico e constituição do *corpus*, aplicou-se a técnica de análise categorial.

Esse tipo de análise é constituído por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na pré-análise iniciou-se o contato com as entrevistas transcritas através de leitura flutuante do material, com o objetivo de analisá-lo e conhecê-lo, dele retirando-se impressões, orientações, representações e expectativas. Essa fase se consistiu na organização propriamente dita, momento em que se organizou o material. No caso das entrevistas, estas foram devidamente transcritas e sua reunião constituiu o *corpus* da pesquisa. Procedeu-se à preparação *do material*, a qual se fez pela "edição" das entrevistas transcritas. Pode-se organizar esse material em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes, fazendo uso de marca-texto colorido, para sublinhar as semelhanças com a mesma cor. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos interesses do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa (BARDIN, 2011).

Na fase de exploração do material foi constituído o *corpus*, ou seja, o conjunto de documentos que foram submetidos aos procedimentos analíticos. O *corpus*, conforme recomenda a literatura, deve ser homogêneo, construído obedecendo a critérios precisos (BARDIN, 2011).

A fase de análise dos dados brutos, conforme produzido na pesquisa, é longa, cansativa e definitiva ao processo de análise. É o momento de apropriação do

discurso dos sujeitos, seguida da codificação e definição das unidades de registro e de contexto, as quais irão compor as categorias temáticas (BARDIN, 2011).

A codificação compreendeu a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Unidade de Registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, a palavra ou a frase. A frequência com que aparece uma UR denota a sua importância.

Na fase de tratamento dos resultados foi elaborada a codificação do material através das escolhas das unidades de registro e de contexto. As Unidades de Registro (UR) consistem na unidade de base, ou seja, é a menor parte do conteúdo cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas, visando à categorização e à contagem de frequência. Já a unidade de contexto pode ser considerada o pano de fundo que dá significado à unidade de análise, serve como unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem. É a parte mais ampla do conteúdo analisado e indispensável para decodificação do material a ser analisado (BARDIN, 2011).

Neste estudo, o *corpus* foi constituído por 30 entrevistas, tendo sido definida como unidade de registro a frase e, como unidade de contexto, o parágrafo. Este, por sua vez, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. Para garantir o anonimato dos entrevistados, os Enfermeiros foram codificados com a letra "E", seguida de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados. Após a codificação foi realizado o agrupamento em categorias simbólicas, ou seja, a categorização.

A etapa seguinte consistiu na categorização. Categorização é a classificação de elementos de um conjunto por diferenciação seguida de reorganização por analogias, utilizando-se de critérios bem definidos. Os critérios utilizados para categorização podem ser: sintáticos (verbos e adjetivos), léxicos (classificação pelo sentido das palavras) ou expressivos (por exemplo, por perturbações da linguagem) (BARDIN, 2011).

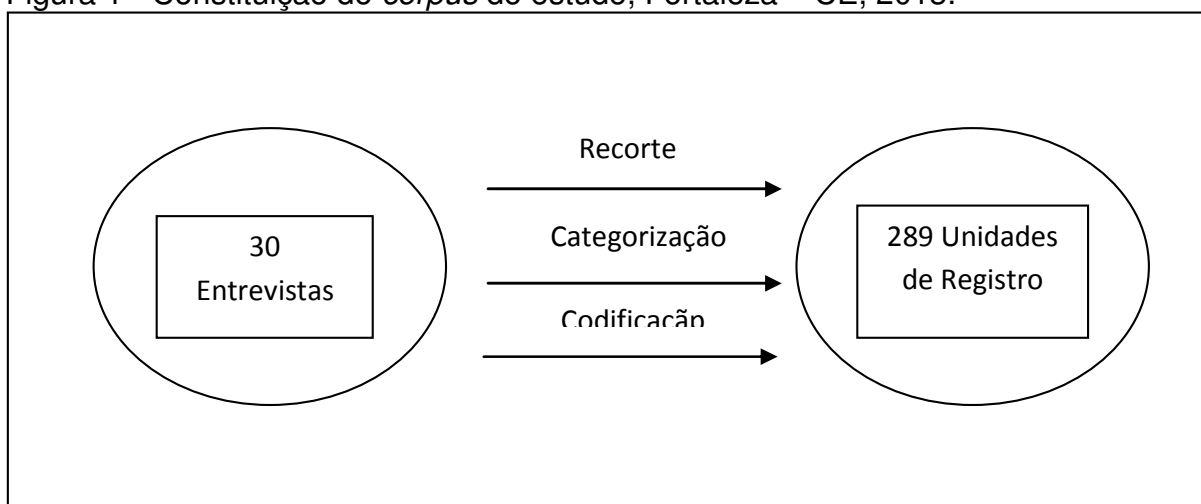
Categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: *inventário*

(isolam-se os elementos comuns) e *classificação* (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem).

Por último, procedeu-se ao *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*. Nesse momento, ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possam haver entre eles. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação.

A seguir, apresenta-se um organograma representando a constituição do corpus do presente estudo:

Figura 1 - Constituição do *corpus* do estudo, Fortaleza – CE, 2013.



4.6 Princípios éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Aos participantes foi informado o objetivo do estudo e a finalidade dos seus resultados. Também, foram orientados quanto ao anonimato e à sua autorização em participar mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE E), a qual poderá ser retirada no momento em que desejarem.

A pesquisadora compromete-se em atender às exigências éticas e científicas fundamentais, preservando a autonomia dos sujeitos, com a devida

ponderação entre riscos e benefícios, garantindo a não maleficência e reafirmando sua relevância, com vistas à contribuição para a transformação social.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, sendo aprovado, conforme Parecer nº 376.423 (ANEXO B).

5 ANALISANDO A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DO CTI JUNTO AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA: IMPACTO SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

O processo de análise e discussão foi construído com base no discurso dos Enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva, orientado, metodologicamente, pela análise de conteúdo, na perspectiva da análise temática, embasado na literatura sobre a temática em foco.

A organização do presente capítulo se deu em tópicos ou áreas temáticas, assim definidos: 5.1 - Caracterização sócio-demográfica e profissional dos Enfermeiros do estudo; 5.2 - O processo de doação de órgãos: percepção do Enfermeiro (Atribuição de valor ao ato de doar na perspectiva do Enfermeiro; Percepção do Enfermeiro sobre a família no processo de doação de órgãos e tecidos); 5.3 - Dimensões do cuidado do Enfermeiro ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos (Dimensão Técnica do Cuidado do Enfermeiro ao paciente em ME; Dimensão Bioética do Cuidado do Enfermeiro ao paciente em ME); 5.4 - Percepção do Enfermeiro sobre a sua prática junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos (Importância da assistência do Enfermeiro junto ao paciente em ME; Negligência na assistência do Enfermeiro ao paciente em ME; Dificuldade emocional do Enfermeiro em lidar com o paciente em ME; Cuidado prestado pelo Enfermeiro ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos); 5.5 - Impacto da assistência do Enfermeiro na concretização da doação de órgão e tecidos (Implicações direta da assistência do Enfermeiro na concretização da doação; Implicação direta da assistência da CIHDOTT na concretização da doação).

5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos Enfermeiros do estudo

Os dados sociodemográficos e profissionais dos sujeitos participantes do estudo estão agrupados nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica dos Enfermeiros, segundo sexo, faixa etária, situação conjugal e religião. Fortaleza – CE, 2013.

| Variáveis | N | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| Perfil Enfermeiros | | |
| Sexo | | |
| Masculino | 2 | 7 |
| Feminino | 28 | 93 |
| Faixa Etária | | |
| 20-30 anos | 14 | 47 |
| 31-40 anos | 7 | 23 |
| 41-50 anos | 7 | 23 |
| 51-60 anos | 2 | 7 |
| Situação Conjugal | | |
| Casado(a) | 13 | 43 |
| Solteiro(a) | 12 | 40 |
| Divorciado(a) | 3 | 10 |
| Separado(a) | 1 | 3 |
| União Estável | 1 | 3 |
| Religião | | |
| Católica | 26 | 87 |
| Espírita | 1 | 3 |
| Não possui | 3 | 10 |
| TOTAL | 30 | 100 |

Os sujeitos participantes deste estudo são caracterizados como profissionais jovens, do sexo feminino e casados. Possuem religião, sendo a maioria católica. As idades dos Enfermeiros variam de 20 a 60 anos.

No que se refere ao sexo dos Enfermeiros (Tabela 01), observou-se a predominância das mulheres, 93% (26) dos sujeitos que participaram do estudo. Percebeu que 87% (26) eram religiosos, 3% eram espírita, ao passo que 10% (03) eram agnósticos.

De acordo com estudo sobre Gênero e Enfermagem, Simões e Amâncio (2000), afirmam que 82,2% da força do trabalho na enfermagem é feminina, sendo a minoria composta por profissionais do sexo masculino.

Paschoa (2007), também afirmam em sua pesquisa “Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva”, que 97,4% dos indivíduos que participaram da pesquisa, são do sexo feminino. Essa discrepância do gênero feminino é histórica, ou seja, desde o início da profissão é evidenciada a predominância de mulheres.

A frequência de 43% dos participantes casados reflete a realidade de os indivíduos terem a necessidade de formar suas famílias e fazerem parte da sociedade.

Quanto à religião, estudo sugere que os praticantes da religião Evangélica e Testemunha de Jeová avaliados eram menos favoráveis a doação de órgãos, enquanto os espíritas apresentavam uma atitude positiva em 19% maior do que aqueles que não tinham religião (BARCELLOS et al., 2005).

Tabela 2 - Informações acerca do tempo de formação, experiência prática em terapia intensiva, jornada de trabalho e renda mensal. Fortaleza – CE, 2013. :

| Variáveis | N | % |
|------------------------------------|-----------|------------|
| Tempo de Formação | | |
| 1-5 anos | 17 | 57 |
| 21-30 anos | 7 | 23 |
| 11-20 anos | 3 | 10 |
| 6-10 anos | 2 | 7 |
| >30 anos | 1 | 3 |
| Tempo de atuação em UTI | | |
| 1-5 anos | 20 | 67 |
| 11-20 anos | 6 | 20 |
| 21-30 anos | 3 | 10 |
| >30 anos | 1 | 3 |
| Jornada de trabalho Semanal | | |
| 20-36 horas | 19 | 64 |
| 37-60 horas | 10 | 33 |
| >60 horas | 1 | 3 |
| Renda mensal | | |
| 1.000-3.000 reais | 13 | 43 |
| 3.001- 6.000 reais | 9 | 30 |
| 6.001-10.000 reais | 8 | 27 |
| TOTAL | 30 | 100 |

No que se refere ao tempo de formação (Tabela 02), observou-se a predominância de indivíduos recém-formados, com menor tempo de graduação (>5 anos 57%) e tempo de serviço no CTI (>5 anos 67%). Dos sujeitos participantes, 64% possuíam jornada semanal de trabalho variando de 20 a 36 horas com uma renda mensal de mil a três mil reais (43%).

Dos participantes da pesquisa, 33% possuem jornada de trabalho que varia entre 36 e 60 horas semanais.

Segundo Carvalho (2004), em sua pesquisa realizada sobre a enfermagem em setor fechado e estresse ocupacional, o período dedicado ao

Os dados obtidos demonstram que os Enfermeiros atuantes no CTI necessitam de aperfeiçoamento na área de cuidados intensivos.

A análise da formação em transplante mostrou que o conhecimento sobre o tema foi baixo. Dos 30 Enfermeiros entrevistados, apenas 3 haviam realizado algum curso na área, 27 (90%) nunca haviam realizado nenhuma capacitação no tema transplante.

Sabe-se que uma formação adequada possibilita uma atitude favorável à doação de órgãos por parte de profissionais de saúde, sendo que sua postura pode influenciar positivamente na decisão familiar de potenciais doadores. Melhorar o conhecimento destes profissionais sobre o tema e os qualificar para transmitir corretamente estas informações à população geral é um passo importante para aumentar o número de doadores.

Existe uma carência de estudos publicados no Brasil sobre atitudes de profissionais de saúde em relação à doação de órgãos e transplantes. A maioria dos estudos avalia a opinião de estudantes da área da saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001; SECRETARIA DA SAÚDE, 2010; MORAES, 2008)

Esses estudos são importantes por avaliarem os futuros profissionais, entretanto é necessário conhecer as opiniões e as atitudes de quem está atuando na assistência à população.

As atitudes positivas ou negativas dos profissionais de saúde em relação à doação de órgãos podem influenciar as atitudes da população em geral. Um fato que deve ser considerado é que as informações transmitidas à população por profissionais de saúde têm um impacto maior na sociedade devido à credibilidade atribuída a esses profissionais. Quando são passadas de uma forma negativa, tais informações são mais difíceis de serem revertidas (CANTAROVICH, 2005).

5.2 O Enfermeiro e o processo de doação de órgãos e tecidos: percepção e prática

Ao se dar voz ao Enfermeiro para se expressar sobre a sua prática profissional junto ao paciente potencial doador de órgão e tecidos tinha-se em mente que através desses discursos se poderia desvelar nuances dessa prática profissional para ajudar a reflexão sobre essa realidade.

Neste tópico trabalham-se vários aspectos relativos à percepção desse profissional sobre a doação de órgãos e tecidos e às pessoas envolvidas neste processo, bem como se procura apreender a prática de cuidado desenvolvida no ambiente da UTI, junto ao paciente potencial doador e a sua família.

Na aproximação desse universo busca-se ir além do expresso pelos Enfermeiros, na tentativa de apreensão da essência dessa prática, notadamente junto à família do paciente com morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos.

Na ordenação do processo de análise e discussão, trabalha-se o discurso dos pesquisados, agrupando-os e classificando-os em quatro categorias e em 10 subcategorias, conforme apresentado no Quadro 5 e trabalhadas ao longo deste capítulo.

Quadro 5 - Distribuição das categorias e subcategorias temáticas referentes a prática do Enfermeiro do CTI junto ao paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos e tecidos. Fortaleza-CE, 2013.

| Categorias | Subcategorias | Frequência |
|---|---|-------------------|
| 1. O processo de doação de órgãos e tecidos | 1.1 - Atribuição de valor ao ato de doar na perspectiva do Enfermeiro | 43 |
| | 1.2 - Percepção sobre a família no processo de doação | 8 |
| 2. Dimensões do cuidado do Enfermeiro ao paciente potencial doador | 2.1- Dimensão Técnica do Cuidado do Enfermeiro | 39 |
| | 2.2- Dimensão Bioética do Cuidado do Enfermeiro ao paciente em ME | 19 |
| 3. Percepção do Enfermeiro sobre a sua prática junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos | 3.1 - Importância da assistência do Enfermeiro | 16 |
| | 3.2 – Negligência na assistência de enfermagem | 22 |
| | 3.3 - Dificuldade emocional do Enfermeiro | 28 |
| | 3.4 - Cuidado prestado ao paciente potencial doador | 43 |

| | | |
|---|--|----|
| 4. Impacto da assistência do Enfermeiro na concretização da doação de órgão e tecidos | 4.1 - Implicações direta da assistência do Enfermeiro na concretização da doação | 46 |
| | 4.2 - Implicação direta da assistência da CIHDOTT na concretização da doação | 22 |

A partir do apresentado no Quadro 5 trabalha-se cada categoria e subcategoria, ilustrando com trechos dos discursos dos entrevistados e discutidos com base na literatura de referência. As interlocuções resultantes das questões abertas das entrevistas com os Enfermeiros dizem respeito à assistência do Enfermeiro ao paciente em morte encefálica potencial doador de órgãos e tecidos.

Categoria 1: O processo de doação de órgãos

Esta categoria foi composta por duas subcategorias, totalizando 51 unidades de análise temáticas, que agrupam aspectos relacionados à forma como os Enfermeiros avaliam o ato de doar e percebem a família neste processo.

Subcategoria 1.1: Atribuição de valor ao ato de doar na perspectiva do Enfermeiro

A atribuição de valor ao ato de doar é expressa pelos Enfermeiros em 43 UR, conforme descrito e analisado a seguir. Nestas, a doação de órgãos e tecidos é considerada um ato *importante e necessário para manutenção de outras vidas*, podendo, também, ter uma *conotação humanitária e transcendental*.

Na sequência, apresentaremos e discutiremos esta subcategoria, ilustrando com algumas UR, destacadas do discurso do Enfermeiro.

A doação e o transplante de órgãos são vistos pelos Enfermeiros como um processo técnico e com protocolos para serem desenvolvidos. Salienta-se, ainda, que a doação de órgãos é uma atitude nobre, que tem como objetivo proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que necessitam de um órgão ou de tecidos, como aparece nas falas:

[...] a doação de órgãos, ela é importante, uma vez que tem crescido o número de pessoas que precisam da doação de órgão(E2).

[...] Eu acho esse processo muito importante porque, através da doação, esse paciente pode tá ajudando muitas outras pessoas. (E8)
Eu acho que é uma forma de você conseguir tirar, ainda, um aspecto positivo de todo esse processo doloroso, de doença, de morte, uma forma de tá ajudando outras pessoas (E10).

Conforme os discursos, o processo de doação de órgãos e tecidos é percebido pelo Enfermeiro como possibilidade de vida ou de sobrevivência de outras pessoas, amenizando o sofrimento e a dor dos envolvidos com a doação.

Os significados atribuídos pelos entrevistados à doação de órgãos mantém estreita ligação com o altruísmo defendido em grande parte na literatura consultada.

O aspecto altruísta, humanitário ou mesmo divino do ato de doar apreço no discurso dos Enfermeiros, possivelmente, associado aos seus próprios valores morais e éticos. Assim se expressam:

[...] A doação de órgãos é algo divino, no sentido da ciência, porque você tirar um órgão de uma pessoa que não será mais utilizado e salva uma outra vida, que poderá durar anos e anos com aquele órgão. É fenomenal! (E6).

Os Enfermeiros avaliam a sua assistência atribuindo o aspecto transcendental à doação de órgãos. Provavelmente, ao buscarem significados transcendentais colocam a sua opinião sob o julgamento de valores morais, tentando avaliar com os olhos da humanidade à qual pertencem. Doar é o bem para o próximo. É importante considerar que alguns valores espirituais e filosóficos atuam como elementos de amparo e conforto para as angústias que a morte traz (LIMA, 2012).

É importante considerar que alguns valores espirituais e filosóficos de cada pessoa atuam como elementos de amparo e conforto para possíveis angústias que a morte possa trazer. Assim, a espiritualidade pode auxiliar a pessoa a formular uma explicação racional à morte.

Analisando o discurso do Enfermeiro é possível percebermos, também, a conotação de utilidade, onde parte daquele que não tem mais possibilidade de vida se presta a dar vida a outra pessoa.

Analisando o discurso do Enfermeiro é possível se perceber, também, a conotação de utilidade. Partes daquele que não tem mais possibilidade de vida se presta a dar vida a outra pessoa.

[...] utilização de órgãos e de tecidos de pessoas que podem, de acordo com os critérios que tem para doação, dar a vida a outras pessoas, doando seus órgãos e seus tecidos (E1).

O Enfermeiro vê-se diante de um dilema ao cuidar de uma pessoa morta que, ao mesmo tempo, possibilita a vida. O Enfermeiro cuida do morto na expectativa de gerar vida por meio da doação. [...] Eu vejo a doação de órgãos como uma possibilidade dos outros terem uma nova chance, uma possibilidade de o paciente ter uma nova chance com o órgão novo...(E7).

[...] através infelizmente de uma vida que se perde, que muitas outras vão ser salvas...(E14).

Na UTI, o Enfermeiro cuida do morto na expectativa de gerar vida por meio da doação. Por um lado, a morte significa fim e perda, e desperta o sentimento de tristeza e medo, mas por outro, ela pode representar a possibilidade de vida em função da doação (LIMA, SILVA, PEREIRA, 2009).

Conforme se pode verificar nos discursos, os Enfermeiros consideram a doação como algo positivo, capaz de transformar a vida das pessoas que estão à espera de um órgão. Eu acho que é válido por conta disso, por ajudar muitas pessoas que tão precisando e que, infelizmente, pra essa pessoa que tá em morte encefálica, não vai mais ajudar (E8).

Eu sempre cuido daquele corpo, que passa a ser um corpo, pra poder preservar o que ele tem pra poder ajudar outras pessoas (E14).

Foi possível perceber, também nas falas dos Enfermeiros, que o transplante de órgãos e tecidos é considerado como possibilidade de aliviar sofrimentos de outras pessoas, uma vez que não servem mais ao doador, considerando dada a sua impossibilidade de vida.

[...] aquele órgão que ainda está em funcionamento pode ser utilizado, pode aliviar o sofrimento de outra pessoa. Então, apesar de ser um processo muito complexo, eu acredito ser positivo, porque a doação é válida, enfim...(E5)

Nos discursos dos profissionais, até aqui apresentados, está sempre presente a percepção da doação voltada para o que ela pode representar para o receptor, sem nenhuma preocupação com o doador ou com as pessoas envolvidas nesse processo e que se encontram do lado da impossibilidade de vida. Dessa forma, não se cuida propriamente do cadáver, mas dos órgãos que se deseja utilizar, abrigados dentro do cadáver; os órgãos ainda vivem e deverão viver no receptor.

Nas falas pode ser identificado o princípio da beneficência, quando é referida a ação do órgão para outra pessoa. No caso da doação e transplante de órgãos, há um benefício maior com uma intervenção que salva vidas. Esse princípio visa a promover o bem das pessoas e, no contexto institucional das profissões de

saúde, a beneficência orienta o agir profissional. O princípio da beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício dos outros, ou seja, afirma a obrigação de ajudar outras pessoas, promovendo seus interesses individuais. Com a equipe de enfermagem, através do diálogo, o Enfermeiro tenta fazer um entender o lado do outro (ARAÚJO, 2012).

Subcategoria 1.2: Percepção do Enfermeiro sobre a família no processo de doação de órgãos e tecidos

Na percepção de oito Enfermeiros sobre a doação de órgãos e tecidos aparece a referência à família como parte desse processo, associada aos seguintes fatores: à falta de entendimento sobre o conceito de morte encefálica; à fragilidade emocional; doação considerada como mutilação do corpo; possibilidade de interferir na decisão da família quanto à doação.

Na população em geral, o conhecimento sobre Morte Encefálica (ME) é um dos fatores que influenciam as atitudes em relação à doação de órgãos. Indivíduos que compreendem o conceito e, portanto, o aceitam como morte, são mais favoráveis à doação do que aqueles que possuem dúvidas ou que não o compreendem (Barcellos et al, 2005; Rios et al, 2006; Rios et al., 2008).

Questiona-se sobre como aceitar que estão mortos aqueles corpos que ainda estão quentes e têm vida expressa pelos batimentos cardíacos. A complexidade da situação gera dúvidas, sendo necessário mais do que afirmações dos profissionais sobre ME.

A dúvida quanto à definição de ME ou aceitação como morte está presente em estudos realizados no Brasil (BARCELLOS et al., 2005; MENDES-SASSO et al., 2008; MORAES et al., 2009; DUARTE et al., 2002). Em um desses estudos essa dificuldade pode ser evidenciada na troca do termo morte por ME em uma das questões feitas à população, o que levou a uma redução de aproximadamente 20% na autorização para a doação, sugerindo a falta de conhecimento ou não aceitação (BARCELLOS et al., 2005).

[...] às vezes, eles (familiares) não tem o conhecimento necessário para entender que, realmente, a pessoa não está mais viva, só aquele órgão continua funcionando, que a pessoa não vai reestabelecer ao que era antes (E5).

[...] pra muitos familiares, ainda, a questão religiosa, ela segura muito a doação de órgãos porque entende que o paciente vai voltar (E6).

[...] fica complicado pra eles entenderem, aplicarem o conceito de que a pessoa não está mais viva, apesar deles verem que a pessoa está respirando, mesmo que por meio de aparelhos (E5).

O conhecimento limitado das famílias a respeito do conceito de morte encefálica é considerado um dos entraves à concretização do processo de doação, resultando na não doação.

Familiares de potenciais doadores, frequentemente desconhecem o significado de ME e, algumas vezes, não compreendem as informações transmitidas pela equipe de saúde. Esse desentendimento faz com que o paciente não seja visto pela família como uma pessoa falecida, mas como um paciente cujo quadro clínico pode ser revertido. Isso faz com que a doação não seja autorizada (Moraes, Massarollo, 2008).

Nesse momento o Enfermeiro intensivista pode atuar de maneira a minimizar as dúvidas dos familiares acerca da falta de entendimento do conceito de morte encefálica. Conhecer os fatores que influenciam os familiares na tomada de decisão é importante para saber como agir frente à angústia da família.

Ao vivenciar o processo de adoecimento e a iminência de morte de alguém afetivamente ligado o familiar é invadido por um turbilhão de sentimentos e conflitos. É difícil lidar com algumas situações concretas e objetivas, como as que envolvem o ato de doar. Alguns profissionais estão atentos a esses familiares, atribuindo-lhes responsabilidades ao ato de doar, como aparece em suas falas.

Eu acho que é um processo muito complicado pra família... (E5)

[...]muitas vezes demora porque tem que juntar toda a equipe da captação e os familiares as vezes são do interior e querem enterrar o ente e não pode, tem a parte do velório, da funerária que fica cobrando e isso é muito desgastante pra família (E11)

Bachega et al. (2005) constataram que a doação está, inevitavelmente, associada ao luto. Pode representar tanto o aumento do estresse para os familiares como pode significar conforto. No seu estudo, a maioria dos sujeitos da pesquisa acreditava que doar ajudou a superar a perda. Alguns avaliaram que aumentou o sofrimento em razão das pressões e das dificuldades.

A combinação de morte repentina, inesperada e precoce associada ao sentimento de raiva, somada à lentidão do processo legal de sepultamento pode levar a família ao estresse e gerar problemas psicológicos duradouros (PARKES, 1998).

O desconhecimento, as crenças populares e as questões religiosas, entre outras motivações, podem fazer com que o familiar atribua à doação conotações negativas ou destorcidas, entre elas a associação com a mutilação do corpo.

É difícil pra família entender. Ainda é muito novo, né? Eles, ainda, tem o estigma de que vai desestruturar todo o corpo, que vai mexer com todo o corpo (E7).

O processo de perda é muito difícil e a pessoa que vai receber o seu familiar, o seu ente querido retalhado depois da doação de órgãos é uma coisa complicada, por isso que eu acho muito bonito (E11).

Sabe-se que os familiares devem receber o corpo dignamente recomposto, conforme previsto pela Lei 9.434/1997 (DOU, 1997a). Diante disso, é necessário que o Enfermeiro possua competência técnico-científica, além do conhecimento da legislação específica que rege o processo doação-transplante, para que com essas habilidades possa lidar com situações conflituosas na tomada de decisão.

A percepção do corpo pelo indivíduo, o modo como ele se identifica e se relaciona com sua imagem corporal e o modo como os órgãos figuram nessa imagem podem servir como motivos de facilitação ou como resistência à doação (Bendassolli, 2001).

O medo da desfiguração e da perda da integridade física do corpo do falecido faz com que a família veja a doação como uma mutilação, e não como um ato cirúrgico. Os familiares que recusam a doação não aceitam que o corpo do falecido seja submetido a cirurgia (Barber et al, 2006; Siminoff et al., 2007).

O Enfermeiro intensivista reconhece que a doação de órgãos é um ato de solidariedade, pois mesmo diante da dor da perda, os familiares conseguem se desprender do corpo (matéria) do ente querido e optar pela doação.

Nos discursos percebe-se que os Enfermeiros consideram que a doação é caracterizada como um ato de desprendimento por parte dos familiares.

A tomada de decisão da família, ao autorizar a doação de órgão e tecidos é considerada por três Enfermeiros como um fato que pode ser direcionado e modificado pela sua influência junto ao familiar.

[...] eu sinto falta de conversar com a família sobre a doação [...] Principalmente, as que são contra, pra tentar convencer, entendeu?(E1).

Então, eu sou muito a favor. Sempre que eu posso tá conversando com a família pra incentivar uma doação, explicar... (E8).

É importante salientar que a decisão de doar fica a cargo, apenas, da família. Desse modo, os Enfermeiros que lidam com essas famílias devem ser bem treinados para, efetivamente, informar e esclarecer sobre o assunto, além de serem capazes de perceber quando não conseguem entender o processo de doação. Daí a importância da capacitação para habilitá-los a lidar com a situação de maneira adequada, esclarecendo os conceitos e etapas que envolvem o processo, abstendo-se de influenciar na tomada de decisão dos familiares.

Na situação de morte encefálica nenhum profissional da saúde, e nesse caso o Enfermeiro, deve procurar convencer ou induzir a família a concordar com a doação dos órgãos do familiar, mas sim informar e esclarecer sobre a opção de doação dos órgãos.

Segundo a Lei 9.434 a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas, para transplante ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização de qualquer um de seus parentes maiores, na linha reta ou colateral, até segundo grau inclusive, ou do cônjuge, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à certificação de morte (BRASIL, 2001). Portanto, o poder de decisão cabe a família, sendo esta livre de qualquer influência ou opinião de outros.

Segundo Sadala (2004), as famílias que têm suas dúvidas sanadas a respeito do processo de doação julgaram a experiência positiva, pois puderam fazer a sua opção de forma consciente, correspondendo ao seu desejo genuíno de doar. Em situações diferentes, quando a definição pela doação ocorreu passivamente, mais em resposta a pressões externas do que à convicção de que seria o correto doar, a experiência familiar aconteceu de forma traumática e foi avaliada por seus membros como uma experiência negativa.

Não existe uma regra a ser seguida, pois cada família apresenta uma reação frente à tomada de decisão da doação de órgãos. Nesse momento, o Enfermeiro deve estar preparado para compartilhar sentimentos, esclarecer quaisquer dúvidas, estar seguro e passar transparência aos familiares (MORAES; MASSAROLLO, 2009; CINQUE, 2008; LIMA, 2007; SANTOS, 2010; GUARINO, 2005).

Esses dados sugerem, portanto, como questão imprescindível no processo de doação de órgãos, a necessidade de adequação das ações dos

Enfermeiros envolvidos na assistência ao paciente potencial doador e seus familiares.

A concepção do Enfermeiro sobre o processo de doação de órgãos e tecidos, conforme trabalhada nesta classe temática, constituiu-se de atribuição de valores, de objetivação de finalidades e de atribuição de responsabilidades sobre a decisão da família de doar órgãos e tecidos do parente em morte encefálica.

Com base no discurso dos sujeitos foi possível apreender dificuldades, inadequações e, até mesmo, despreparo do profissional para lidar com as situações que envolvem o processo de doação de órgãos e tecidos.

Categoria 2: Dimensões do cuidado do Enfermeiro ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos

As dimensões da prática do Enfermeiro no cuidado do paciente potencial doador de órgãos e tecidos foi descrito pelos pesquisados, a partir da questão norteadora: *Como é o seu cotidiano no cuidado a pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos?* Com base nos seus discursos foi realizado o agrupamento em duas subcategorias: dimensão técnica do cuidado e dimensão bioética do cuidado.

Esta categoria reúne 58 unidades de registro (UR), em duas subcategorias, que agruparam aspectos relacionados aos cuidados prestados pelos Enfermeiros ao paciente potencial doador de órgãos, a sua relação com a família e com o paciente em morte encefálica.

No discurso dos Enfermeiros foi possível identificar que estes se sentem responsáveis, direta e indiretamente, pelo cuidado ao paciente em morte encefálica, considerando os seguintes aspectos: no sentido de prestar uma assistência de qualidade, diferenciada; no sentido de o paciente em ME exigir cuidados específicos que precisam ser cumpridos com rigor e em tempo hábil para que a qualidade dos órgãos seja preservada, viabilizando, desta forma, um possível transplante.

Consideram, ainda, de sua responsabilidade direta a monitorização à beira do leito e a manutenção hemodinâmica desse paciente; de forma indireta, a preparação de material para a realização dos testes comprobatórios; notificação à CIHDOTT; atenção diferenciada à família, mostrando-se disponível a esclarecer as dúvidas em relação ao conceito de morte encefálica.

Subcategoria 2.1: Dimensão Técnica do Cuidado do Enfermeiro ao potencial doador de órgãos e tecidos

Os Enfermeiros relataram que para poder prestar cuidados ao paciente potencial doador de órgãos é necessário que o profissional tenha sensibilidade e respeito pela condição de morte do paciente, não negligenciando o corpo pelo fato de ele já ser considerado uma pessoa morta. Além disso, que tenha respeito pelos sentimentos da família, pois se trata de um processo extremamente doloroso e difícil para os familiares. Porém, foi possível identificar na fala de alguns Enfermeiros o distanciamento e a atitude alheia ao paciente. Alguns relataram que o paciente em morte encefálica não exige tantos cuidados, sendo negligenciado e colocado em segundo plano frente aos pacientes com possibilidade de recuperação.

Os Enfermeiros descrevem os cuidados prestados, direta e indiretamente, ao paciente em morte encefálica, assim como os cuidados que são negligenciados pelo fato de alguns profissionais considerarem o paciente com morte encefálica, apenas, um corpo e menos importante, frente aos outros pacientes internados que possuem prognóstico. Foi identificado, nas falas dos profissionais, que estes se sentem responsáveis pelos cuidados diretos ao paciente, como monitorização à beira do leito e manutenção hemodinâmica e pelos cuidados indiretos, os quais são descritos como viabilização de material para realização dos testes comprobatórios da morte encefálica, notificação da suspeita de ME à CIHDOTT e atenção à família.

Foram identificados nas falas, também, relatos que ilustram que alguns Enfermeiros negligenciam o cuidado a esses pacientes, por considerarem que os outros internados na UTI, e que possuem possibilidade de recuperação, são mais importantes.

Os Enfermeiros percebem que o cuidado a esse paciente é permeado pelas dimensões técnico-científica e humana, o que configura um processo complexo, pois são complementares e tão importantes quanto e de outros profissionais. Afirmam que a dimensão técnico-científica é constituída pelas habilidades do profissional, pelo cumprimento de protocolos e tecnologias específicas para esse cuidado. O objetivo dessa dimensão é contribuir para um cuidado diferenciado ao paciente em ME, com todo o suporte tecnológico e científico.

Poxa, é um órgão em potencial. Algumas pessoas, ainda, podem ser beneficiadas com esses órgãos e então, eu procuro manter a PA, manter o

paciente na temperatura, aquecer esse paciente, se começa a pressão baixar, diminuir, eu peço o Médico para entrar com uma droga vasoativa, pra fazer mais fluido (E3).

Vai hidratar, fazer a proteção de córneas, manter a pressão estável hemodinamicamente, fazer tudo que fosse possível pra ela continuar estável, ter condição de doação (E23).

O cuidado ao ser em ME é definido pelo Enfermeiro como “delicado”, “bem difícil”, “que dá trabalho” e exige atenção de modo integral, sendo necessário conduzir protocolos de manutenção, a fim de oferecer cuidados completos, como aqueles que são prestados aos pacientes graves que estão na UTI: a higiene oral e corporal, cuidado com as córneas, aspiração traqueal, infusão de droga vasoativa, coleta de sangue para exames laboratoriais e cultura.

O Enfermeiro é responsável por fazer o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador. Para que isso ocorra é imprescindível que o profissional Enfermeiro dessa equipe tenha conhecimentos específicos a respeito das repercussões fisiopatológicas próprias da morte encefálica, da monitorização hemodinâmica e das repercussões hemodinâmicas geradas pela reposição volêmica e administração de drogas vasoativas. Importante que se faça o controle hídrico rigoroso, pois esse cuidado fundamenta as ações terapêuticas que devem ser seguidas. Entende-se que é necessário que o Enfermeiro esteja atento a quaisquer alterações e distúrbios referentes à coagulação, pois tais alterações se apresentam através de pequenos sinais como, por exemplo, mudança de coloração da diurese ou sangramento perseverante nas gengivas ou em locais onde se encontram as punções vasculares. Alguns cuidados devem ser tomados tão logo se percebam esses pequenos sinais para que se impeçam complicações de origem infecciosa (GUETTI, 2008).

Segundo Guetti (2008), a monitorização eletrocardiográfica deve ser realizada com o intuito de se detectar presença de arritmias, para uma possível intervenção o mais precocemente possível. O controle e a manutenção da temperatura é função exclusiva da enfermagem. No aquecimento do potencial doador utilizam-se soluções aquecidas (37º-38ºC), para lavagens gástricas e vesicais, administração endovenosa, instalação e controle de cobertores térmicos e nebulização aquecida. A manutenção de uma adequada ventilação e oxigenação deve ser monitorada através de coleta de material para dosagem dos gases sanguíneos e do controle dos parâmetros do ventilador. O Enfermeiro envolvido com

a manutenção do potencial doador deve possuir conhecimento do equilíbrio ácido-básico e da fisiologia respiratória, a fim de assistir adequadamente a esse paciente. Na ocorrência de uma parada cardíaca, o Enfermeiro, juntamente com o médico, deve instituir as manobras ressuscitadoras básicas e avançadas. Quando for instituída a terapêutica de reposição hormonal o Enfermeiro deve realizar o controle rigoroso dos dados hemodinâmicos a fim de verificar a resposta a essa terapia.

A assistência do Enfermeiro ao paciente em ME tem por objetivo preservar a condição de potencial doador. O transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida. Diante da crescente escassez de órgãos é essencial que se otimize o uso de órgãos captados de doadores com ME, atualmente a principal fonte de órgãos para transplantes (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

O Enfermeiro relata ser responsável por outros procedimentos, principalmente burocráticos, no processo de acompanhamento do paciente em morte encefálica, potencial doador de órgão e tecidos, como aparece no seu discurso:

[...] Aqui, a gente que monta o material quando vem o neurologista e o clínico pra fazer o teste. A gente monta e, algumas vezes, a gente acompanha, ajuda eles a fazerem o teste, de morte encefálica. Mas, quem preenche tudo são eles. (E1).

[...] Agilizar o ato, em si, né? Desde providenciar a declaração, avisar a equipe, tentar que a segunda avaliação seja feita o mais rápido possível, auxiliar o médico que está fazendo a primeira avaliação, pra que isso ocorra a contento (E11).

Em relação ao processo de transplantes de órgãos e tecidos, o Enfermeiro intensivista tem uma função extremamente importante, visto que ele atua frente à ação de notificação à CIHDOTT e CNCDO na manutenção de um potencial doador. Esse trabalho exige uma formação continuada e se caracteriza por uma atuação contínua, desde a divulgação do trabalho enquanto importante ferramenta para salvar vidas, até à desmistificação de conceitos preestabelecidos contrários à doação de órgãos e tecidos. Portanto, o Enfermeiro é importante figura nesse processo, pois é o profissional treinado para dar início ao processo de doação, que inclui, entre outros procedimentos, a identificação e a notificação do doador à equipe de coordenação intra-hospitalar de doação.

As demandas por cuidados do paciente em ME só se diferenciam das de outros da UTI nas suas especificidades, pois o objetivo da assistência é diferente e não se trata mais de um tratamento curativo. A assistência do Enfermeiro vai ser focada na estabilização dos múltiplos efeitos deletérios que a morte encefálica ocasiona sobre o organismo em um pequeno espaço de tempo, gerando instabilidade cardiovascular, disfunções metabólicas e hipoperfusão tecidual.

Neste aspecto é importante que o Enfermeiro tenha um amplo conhecimento dessas possíveis complicações, possibilitando o reconhecimento precoce e consequente manuseio para a preservação dos órgãos. É necessário, ainda, que tenha conhecimento de como se dá o processo de doação-transplante para poder tomar todas as providências cabíveis para a agilização do processo.

Subcategoria 2.2: Dimensão bioética do cuidado do Enfermeiro ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos

Esta subcategoria abrange o total de 19 UR, as quais agrupam aspectos relativos ao respeito que o Enfermeiro julga necessário manter com o corpo do paciente em morte encefálica e com a família do paciente, além do distanciamento que alguns profissionais mantêm das pessoas envolvidas nesse processo.

A prática do Enfermeiro tem como essência o cuidado ao paciente e à família, nas várias dimensões e nos diferentes contextos, com competência técnica e ética, juntando seu saber e de outros membros da equipe de saúde.

No discurso dos sujeitos deste estudo foi possível apreender dificuldades de lidar com o paciente em ME e potencial doador de órgãos e tecidos, refletidas na negligência do cuidado, conforme aparece no trecho abaixo:

Quando o paciente tá com ME, a gente não dedica tanto. Por não ter retorno, assim, por sentir que o esforço não vai alterar o paciente. Eu acho, também, que o cuidado a gente acaba negligenciando. Priorizo quem precisa de mais atenção, realmente. A gente fica com um déficit de atenção com paciente com ME. A gente prioriza os outros (E7).

De maneira geral, percebe-se que há uma mudança no comportamento dos profissionais, no que se refere ao cuidado realizado a partir do momento em que o diagnóstico de ME é dado.

Alguns estudos encontraram resultados semelhantes no que diz respeito aos cuidados de enfermagem a essa clientela ao estudar duas UTIs no Estado de Goiás. Perceberam que a pessoa com ME é a que recebe menos atenção e cuidado por parte da equipe de enfermagem (LEMES, BASTOS, 2007).

Esse afastamento do paciente com ME se reflete na assistência prestada, pois o Enfermeiro volta o seu serviço para um atendimento centrado no desempenho técnico, na preocupação com o controle de equipamentos e tecnologias presentes na UTI. Essa mudança de concepção pode prejudicar o atendimento ao potencial doador e seus familiares, tendo como consequência a perda dos órgãos que poderiam ser doados.

As influências culturais e éticas talvez sejam mais fortes na área de transplantes do que em qualquer outro campo da medicina devido à complexidade do processo nas várias etapas da doação de órgãos e tecidos.

Mesmo sendo um profissional da área e que lida, em seu cotidiano, com essa situação também influencia com os seus valores a prática laboral.

Ao lidar com o paciente em ME e potencial doador, os Enfermeiros fizeram referência à importância da manutenção do cuidado, considerando que aquele corpo sem vida ainda representa uma pessoa e, como tal, merecedora de cuidados e respeito, como expresso nos discursos.

Primeiro, acho que tem que ser muito bem preservado a questão do respeito. Apesar de ser uma pessoa que teve uma morte encefálica, ainda é uma pessoa que está ali, um corpo que ainda tem o coração batendo (E4).
(...) É assim, pra você: o paciente tá lá, ainda; ele tá ali. Então, ele precisa ser cuidado (E6).
[...] A assistência tem que ser mantida com dignidade e respeito (E10).

O Enfermeiro intensivista vê-se diante de um dilema ao cuidar de uma pessoa morta que, ao mesmo tempo possibilita a vida.

O processo de doação de órgãos está permeado por questões que envolvem a moral humana. Destaca-se, em especial, o cuidar do paciente em morte encefálica, considerado clinicamente morto, porém, com características de uma pessoa com vida. Desta forma, a relação profissional com o doador faz com que se reflita sobre o significado da pessoa humana (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009).

O profissional, ao pensar na morte e no morrer, atribui o significado de finitude associado à transitoriedade da matéria, que está relacionada aos sentimentos de perda, tristeza, angústia e saudade. A morte significa passagem,

transformação e renascimento, relacionando essa perspectiva a crenças religiosas e, por fim, confere significados contraditórios.

O doador de órgãos é visto como meio, e não um fim em si mesmo. O profissional lhe atribui importância pelo fato de congregar órgãos e tecidos que serão viáveis para que sejam utilizados por outras pessoas, sendo uma fonte de esperança para alguém que aguarda um transplante. Contudo, o doador em morte encefálica está clinicamente morto, porém mantém características de uma pessoa com vida (LIMA, 2012).

Dessa forma, na percepção do Enfermeiro, ele não perde o status de pessoa. Além disso, o profissional está em contato com a família e lhe é apresentada a biografia do doador, fazendo com que o Enfermeiro reconheça a condição humana dele.

Conceitualmente, o doador não é uma “pessoa”, pela sua condição de morto, porém os Enfermeiros em nenhum momento se referem a ele como um morto, cadáver ou “coisa”. O Enfermeiro cuida de uma “pessoa” que possui funções fisiológicas sendo preservadas vivas e os familiares conferem ao morto o status de vivo, o que dificulta compreender o potencial doador como um cadáver.

Nesta subcategoria merecem destaque as questões éticas, de direitos e deveres dos profissionais, em relação ao doador de órgãos e tecidos e sua família. Particularmente, as falas chamam a atenção para o respeito às famílias.

A gente vai começar a dar uma atenção pra família de forma diferenciada, não mais como um paciente vivo, que a gente vai dando esperança à família, de que o paciente vai ficar bem, vai ficar melhor. E a gente vai tentando conversar com a família, para a família entender e aceitar o luto e já preparar para doação. No sentido de que a família entenda que o paciente tá morto mesmo, que foram feitas todas as provas, que o paciente teve toda a assistência e que, infelizmente, agora, ou, felizmente, ela vai poder salvar outras vidas com aquele corpo (E2).

[...] Isso tem que ser muito respeitado, tanto com o próprio paciente, como com a família desse paciente. Até porque é um processo muito difícil, que nós, enquanto profissionais, temos que ter essa sensibilidade (E4).

Eu sempre procurei conversar com a família, da importância da doação deles, do ato de amor na hora de uma perda. Porque a gente não quer perder um objeto, imagine um ser humano. E você se desprender pra doar algo para alguém e este algo é uma parte da sua família [...] Eu vou lá, até eles, abraço, agradeço a eles, mesmo que não sendo com um familiar meu (E17).

As ideias de doação estão associadas ao ato de amor ao próximo, desprendimento e permissão para que a vida continue e se tenha uma segunda chance de vida.

O enfermeiro intensivista reconhece que a doação de órgãos é um ato de solidariedade da família que vivencia a dor da perda, contudo, apesar do sofrimento, consegue se desprender do corpo (matéria) do ente querido e optar pela doação.

Assim, a doação é caracterizada como um ato de coragem e desprendimento. Estar com a família do doador, na opinião dos Enfermeiros, é uma experiência complexa, porém estes reconhecem a delicadeza e o respeito necessário a esse momento, que é de grande dor para os familiares. Sofrem porque entendem que mesmo nessa situação precisam desempenhar seu papel profissional.

Muito mais do que informar sobre o estado do paciente potencial doador ou sobre o processo de doação de órgãos, é essencial que os Enfermeiros intensivistas, exatamente por estarem mais próximos da família, estejam disponíveis e abertos para perceber as necessidades dos familiares. Não apenas informá-los sobre a condição real do paciente em morte encefálica, mas também ajudá-los a compreender a realidade como ela se apresenta.

O comportamento empático do Enfermeiro junto ao familiar pode ser um apoio importante a essas pessoas, embora desgaste emocionalmente o profissional e repercute em sua prática profissional, levando-o até ao afastamento desses momentos como forma de proteção. O trecho seguinte expressa esse comportamento do profissional:

Eu, pelo menos, fico menos próximo da família nas visitas. Quando chega essa parte, assim, suspeita de ME, eu noto que todos os Enfermeiros tem um afastamento, não quer se envolver. Eu tento esclarecer as dúvidas, mas, mesmo assim, eu vejo distante aqui a relação (E18).

É importante enfatizar que o cuidado proporcionado ao paciente em ME exige do cuidador não apenas habilidades técnicas, mas também múltiplos aspectos (físicos, biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, econômicos, políticos, sociológicos e históricos) e que estão intimamente interligados. O fato de o cuidador não conseguir lidar com algum desses aspectos poderá levá-lo a não cuidar de maneira adequada, a manter-se distante do paciente e de sua família ou até mesmo descuidar do paciente nessa condição.

Categoria 3: Percepção do Enfermeiro sobre a sua prática junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos

Ao se perguntar ao Enfermeiro como ele percebia a sua prática profissional junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos foi possível apreendermos, de seus discursos a importância e as dificuldades relacionadas com a mesma. Assim, trabalhamos esta categoria em quatro subcategorias (*Importância da assistência do Enfermeiro, Negligência na assistência de enfermagem, Dificuldade emocional do Enfermeiro, Cuidado prestado ao paciente potencial doado*), em um total de 109 UR, conforme serão discutidas em seguida.

O Enfermeiro da UTI reconhece que o afastamento do cuidado ao paciente em ME é ocasionado pela não aceitação da condição do paciente, associada à “falta de maturidade profissional, pessoal e emocional”. Destaca que não é por negligência que (des)cuida do paciente, mas, por desconhecimento e por despreparo psicológico e emocional em lidar com a situação. No entanto, ressalta que esse tipo de atitude reflete diretamente no processo de doação de órgãos.

Os Enfermeiros que se denominam distantes do contato com os familiares agem dessa forma na tentativa de se preservarem, para não exporem sua vulnerabilidade humana devido à impossibilidade de reformular os sentimentos de tristeza e impotência naquele momento (LIMA, 2012).

O profissional da saúde, frente a situações que causam desconforto, fragmenta-se e se isola. Ao lidar com situações angustiantes dificulta o cuidar do outro, o que poderá explicar a dificuldade da equipe em lidar com os pacientes em morte encefálica, pois o universo desses pacientes é cercado por situações de sofrimento e impotência (Lemes, Bastos, 2007).

Uma das estratégias dos Enfermeiros é cuidar do paciente potencial doador buscando dar uma assistência que seja adequada. Paralelamente, ele busca não se envolver “muito” nessa prestação de assistência e com a família, mantendo certa distância, colocando uma barreira para poder continuar o cuidado, para não ficar deprimido. A busca de colocar-se no lugar do outro, tão incentivada durante a formação acadêmica, parece insuportável nessa situação.

É de extrema importância a prestação de cuidados aos familiares dos potenciais doadores, que apesar de não fazerem parte da equipe de trabalho fazem parte do processo de doação de órgãos. Ao se unir o cuidado prestado ao paciente aos cuidados prestados aos familiares tem-se um ponto positivo para que ocorra o consentimento na doação dos órgãos do paciente em ME.

Subcategoria 3.1: Importância da assistência do Enfermeiro junto ao paciente em morte encefálica

Esta categoria abrange 16 UR, onde os Enfermeiros descrevem a importância da sua assistência ao paciente em morte encefálica potencial doador de órgãos e tecidos.

A seguir, a subcategoria é apresentada com as respectivas discussões, baseadas nas UR encontradas e nos achados da literatura.

As características da assistência de enfermagem fazem com esse profissional se mantenha em contato mais próximo e prolongado com o paciente e sua família. Deste modo, suas atitudes em relação ao processo de cuidado do paciente em ME, bem como à doação de órgãos e tecidos, pode influenciar no processo como um todo.

Entre as ações da equipe de saúde voltadas para a família do paciente em ME, estão as informações, as quais têm importante impacto nas pessoas envolvidas, além do público em geral (ALARCON et al, 2009).

Esse fato pode influenciar futuramente no processo de doação de órgãos, seja na orientação da família, seja na educação da população em geral. É necessário que os Enfermeiros intensivistas possuam conhecimento da lei e do diagnóstico de morte encefálica, pois essa proximidade com a família permite a realização de esclarecimentos, através do fornecimento de informações corretas, as

quais podem contribuir para a desmistificação de temas referentes à doação de órgãos e tecidos. Em destaque, as falas abaixo:

Eu acho que, no processo de doação, no processo de captação de órgãos, o Enfermeiro é primordial. O Enfermeiro é primordial na área de saúde, porque ele está 24 horas com o paciente. Na captação, tudo depende do Enfermeiro; quem agiliza tudo é o Enfermeiro (E11).

Eu acho que o profissional, nós né, como estamos sempre em contato com o paciente. Nosso cuidado é essencial (E15).

Sendo o Enfermeiro o profissional que mais tempo permanece ao lado do paciente, ele é o profissional capaz de compreender os problemas do paciente e da família e orientá-la sobre o processo de doação-transplante. Além disso, o esclarecimento das dúvidas dos familiares é uma função importante do Enfermeiro, que é considerado parte integrante do cuidado de enfermagem, uma vez que esse profissional diariamente se confronta com as informações que os familiares necessitam.

O reconhecimento da importância da assistência de enfermagem, por parte dos profissionais, aumenta a responsabilidade do profissional no cuidado e na manutenção do paciente potencial doador. Por ser o profissional que lida diretamente com o paciente e a sua família, o Enfermeiro tem acesso a muitas informações e detém muita influência sobre ambos.

No discurso dos Enfermeiros entrevistados a manutenção de condições hemodinâmicas é considerada como fundamentais no cuidado desenvolvido por eles ao paciente em ME. Consideram que são eles que assumem a responsabilidade de manter a estabilidade hemodinâmica, através de cuidados técnicos, tais como, reposição volêmica, manutenção de sinais vitais estáveis e dentro de níveis aceitáveis, por estarem sempre visando à preservação e a qualidade dos órgãos a serem transplantados.

É consenso entre os Enfermeiros que o objetivo do processo de cuidado é manter, cuidar e estabilizar o paciente em ME, no intuito de favorecer a doação de órgãos, como se pode observar nas falas a seguir:

[...] preocupação de você vê, naquele paciente com morte encefálica, um potencial doador e você está cuidando dos sinais vitais dele, de manter esse corpo de maneira ótima pra ser um potencial doador. (E8).

Eu acredito que a atuação da enfermagem, no geral, é fundamental na manutenção do potencial doador, possibilitando condições, contribuindo pra estabilidade do paciente (E10).

Eu acho que eu sou a principal cuidadora desse potencial doador de órgãos e tecidos, principalmente dos olhos. Porque o paciente que tá na UTI, ele

fica muito de olhos abertos, pode fazer úlcera de córnea e isso é um cuidado de enfermagem, a gente prevenir (E20).
O Enfermeiro é muito importante na assistência dentro da UTI. Isso ai a gente já sabe. E com o paciente que tá em morte encefálica, também, porque a gente tem que manter os órgãos deles (E21).

Segundo Lemes, Bastos (2007), as falhas no processo de doação de órgãos dizem respeito, sobretudo, às condições técnicas do trabalho dos profissionais no cuidado de manutenção adequada desses pacientes. Afirma que algumas das causas que inviabilizam o aumento de potenciais doadores de órgãos é a má manutenção hemodinâmica desses pacientes.

Os cuidados prestados ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos são desgastantes devido às várias alterações fisiológicas, principalmente hemodinâmicas, que se não manejadas de forma rápida e efetiva, podem comprometer a manutenção e doação de um ou mais órgãos. Cabe ressaltar que alguns desses cuidados competem, exclusivamente, ao Enfermeiro.

O cuidado ao doador é prestado para promover a manutenção hemodinâmica e possibilitar que ele se torne um doador efetivo, pois ele é a fonte de esperança para alguém que aguarda um transplante. O cuidado é dado ao doador para beneficiar uma outra pessoa. Assim, o doador é um meio para determinado fim. Essa visão utilitarista move o Enfermeiro e dá sentido ao seu trabalho (LIMA, SILVA, PEREIRA, 2009).

Um dos fatos observados nas falas dos Enfermeiros é a importância que estes atribuem à atenção prestada à família dos pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos.

Porque, a gente sabe que, um dos fatores que atrapalham a doação, muitas vezes, é o paciente não ter uma assistência de qualidade quando tá vivo. E, a partir do momento que ele é considerado potencial doador, ai, todas as atenções se voltam para ele. A família fica revoltada, né?- Oh! Ele não teve atenção quando tava vivo e, agora que vocês querem os órgão dele, vocês vão tratar bem... Eu acho que atrapalha o processo de doação completamente (E2).

Um aspecto descrito como contribuinte para a decisão familiar são os cuidados recebidos durante a internação hospitalar. A certeza de que o paciente recebeu todos os cuidados possíveis tranquiliza a família e é um fator favorável à doação. Por outro lado, a insatisfação com o atendimento recebido e a dúvida se foram realizados todos os procedimentos para evitar a morte do familiar são fatores descritos como decisivos para a não doação (SQUE, 2005; SIMPKIN, 2009).

Uma simples ação de proteger as córneas do paciente em ME, potencial doador de órgãos, pode ir além de viabilizar o órgão para o transplante. Pode indicar para os familiares que a equipe está importando-se com seu ente querido (PESTANA, 2011).

Siminoff e col (2001) avaliaram famílias e fatores que influenciam no consentimento para doação. Embora, de uma forma geral, os cuidados recebidos no hospital não estivessem relacionados à decisão para doação, familiares que acreditavam que profissionais que atenderam o paciente não se importavam com o seu familiar foram menos favoráveis à doação.

O consentimento familiar parece ser um dos principais fatores que limitam a doação. Em alguns estudos chegam até a 50% o percentual de recusa familiar (CANTAROVICH, 2005). Na América Latina a taxa de recusa familiar para a doação varia entre os países de 10% a 80%, sendo que no Brasil permanece em torno de 33% (COSTA et al, 2009).

Sabe-se que quando a família está esclarecida sobre o que irá acontecer, tudo caminha de forma mais harmônica e, com certeza, a família vai mostrar-se mais segura e menos ansiosa e angustiada. Por isso é válido lembrar que o Enfermeiro intensivista deve, sempre, ter um bom nível de comunicação e, sobretudo, reforçar o atendimento humanizado para que esses familiares possam estabelecer um vínculo de confiança com a equipe.

Partindo do pressuposto de que a decisão da família em consentir a doação de órgãos é um critério indispensável à realização de transplantes, além da condição de ME, e que a etapa de aproximação dos trabalhadores da saúde e da família é um dos momentos mais difíceis, os trabalhadores precisam resgatar sua sensibilidade para acolher a família, favorecendo sua compreensão acerca das condições de saúde do seu familiar, proporcionando, assim, todos os esclarecimentos necessários para uma tomada de decisão frente à possibilidade de doar ou não.

Subcategoria 3.2: Negligência na assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica

Esta subcategoria temática abrange 22 UR, em que os Enfermeiros relatam que, apesar de considerarem sua assistência importante, acham, por vezes,

que o cuidado ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos é negligenciado, tanto pela falta de conhecimento e capacitação técnica quanto pela falta de preparo emocional para lidar com esse tipo de paciente.

Nessa subcategoria a análise dos discursos evidencia conflitos dos Enfermeiros durante o processo de doação que estão relacionados com a falta de conhecimento da equipe médica, principalmente na realização do protocolo de morte encefálica. A falta de comprometimento dos profissionais os leva ao descaso e a uma assistência não adequada ao paciente em morte encefálica.

Sabe-se que uma série de ações devem ser realizada para a manutenção efetiva do doador, otimizando a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade adequada dos órgãos para transplante. Assim, o conhecimento das alterações fisiológicas que acometem vários órgãos e sistemas, no paciente em condição de ME, pelos profissionais que trabalham com doação de órgãos e tecidos, é um dos fatores que parece estar relacionado à melhoria de sobrevivência do paciente (receptor) ou enxerto (órgão ou tecido transplantado) (ROZA, 2005).

A falta de capacitação do profissional para lidar com paciente nessa condição é destacada do discurso de 27% dos Enfermeiros, conforme trechos abaixo:

Eu acho que as pessoas não tem capacitação. Até mesmo falando por mim: eu acho que as pessoas não estão capacitadas, ainda, pra lidar com uma coisa que é de tanta responsabilidade... Eu já tive a oportunidade de observar pacientes com morte encefálica que não foram prestados os cuidados que deveriam ter sido prestados, e não foram (E4).
Ainda tá muito a desejar. Acho que a gente, ainda, tem muito que caminhar, muito mesmo. Realmente, a grande maioria, ainda, não tem a consciência real do que seja a doação de órgãos (E17).

As deficiências de conhecimento sobre o diagnóstico de ME e do processo doação-transplante por parte dos profissionais que cuidam desses pacientes estão entre as causas de não efetivação de potenciais doadores (SHABANZADEH et al., 2009).

A falta de informações corretas sobre transplante de órgãos acarreta problemas em várias etapas do processo, como captação, alocação e qualidade dos órgãos para transplante. Além disso, a assistência inadequada dos doadores compromete o resultado dos transplantes (GALVÃO et al., 2009).

O Enfermeiro de terapia intensiva deve conhecer as alterações fisiológicas da ME para que, juntamente com a equipe médica, possa conduzir o

cuidado ao potencial doador. Ressalta-se que nesse contexto o profissional é um agente fundamental no processo que antecede ao transplante, uma vez que a assistência oferecida nesse momento contribui para um melhor desempenho na captação e, posteriormente, transplante de órgão ou tecido, proporcionando, assim, uma melhor sobrevida ao receptor.

A falta de conhecimento técnico e da legislação que regulamenta todo o processo de doação e transplante faz com que os Enfermeiros intensivistas se distanciem e se isentem da responsabilidade de cuidar do paciente em morte encefálica que se encontra internado na UTI. Alguns acham que esse paciente é de responsabilidade exclusiva da equipe da CIHDOTT, o que é um pensamento equivocado. Os discursos a seguir retratam essa afirmativa:

Como a gente tem uma equipe responsável, a gente acaba se ausentando nesse momento (E7).

Eu acho, na maioria das vezes, que o Enfermeiro fica um pouco distante. No sentido, assim, por exemplo: Ah! É doador. [...] Porque a gente sabe que tem a equipe que vai abordar tudo, né? Às vezes, a gente procura saber alguma coisa que é pra ser feita, pra agilizar. Mas, no geral, a gente sempre acaba deixando tudo pra equipe da CIHDOTT (E16).

As atitudes relatadas nas falas acima estão em desacordo com o que é previsto na legislação específica. De acordo com a **Portaria 26.00/09** (BRASIL, 2009), a CIHDOTT possui atribuições definidas, conforme relacionado abaixo:

- organizar, no âmbito do hospital, o protocolo de doação; criar rotinas para oferecer aos familiares a possibilidade da doação;
- articular-se com as equipes médicas, principalmente das UTIs;
- articular-se com equipes encarregadas de verificação de ME, visando a assegurar o processo ágil e eficiente;
- viabilizar a realização do diagnóstico de ME, conforme Resolução do CFD de Medicina;
- notificar e manter registros do número de óbitos, mesmo daqueles que não sejam doadores;
- promover e organizar, no âmbito do hospital, o acolhimento familiar antes, depois e durante todo o processo;
- articular-se com o IML, para agilização do processo de necrópsia;
- articular-se com a CNCDOs, OPOS, ou bancos de tecidos para organizar o processo da doação;

- notificar a CNCDO 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de ME, mesmo nos casos de não doador;
- entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contraindicações médicas, definidas pela CNCDO;
- conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas;
- obter um mínimo de 60% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos em que for aplicado a entrevista familiar;
- responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e outros aspectos da doação;
- avaliação dos indicadores de desempenho da CIHDOTTs, classificadas como III. Conforme o Art 14 do RT, metas serão critérios para renovação e autorização do estabelecimento e equipes especializadas.

Outras atribuições CIHDOTT, de acordo com a **Portaria 1.262 de 16/06/2006**:

- Arquivar e guardar, adequadamente, documentos do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros;
- apresentar mensalmente os relatórios a CNCDO, conforme modelo no Anexo III;
- supervisionar todo o processo de identificação do doador, retirada de órgãos e/ou tecidos e entrega do corpo do doador à família.

O cuidado direto ao paciente, como monitorização e manutenção hemodinâmica, procedimentos para preservação da qualidade dos órgãos e acolhimento e conforto da família, não são de responsabilidade da CIHDOTT, mas, sim, do Enfermeiro intensivista assistente. Portanto, não é justificável que esse profissional se distancie do paciente e se isente de lhe prestar os cuidados adequados. No geral, as pesquisas revelam que a falta de conhecimento sobre o processo de doação de órgãos tem um impacto negativo sobre as atitudes das pessoas em relação à doação. Mesmo entre profissionais de saúde culmina com a não identificação de potenciais doadores e resulta na não realização do protocolo de morte encefálica, evidenciada, na prática, pelas ações dos profissionais envolvidos.

Além da capacitação profissional é importante que a equipe trabalhe de forma a conquistar a confiança dos familiares, desde o momento da admissão do paciente na instituição hospitalar, e não somente quando existe o interesse na captação dos órgãos.

Tendo os Enfermeiros conhecimento sobre as fases que compreendem o processo de doação de órgãos, os mesmos terão a possibilidade de repassar informações fidedignas aos familiares e com maior segurança, o que favorece o processo.

Nas falas dos entrevistados foi possível identificar que o Enfermeiro tem uma atitude de distanciamento do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. Pode-se considerar que essa atitude de distanciamento do paciente, consciente ou inconscientemente, concentrando a sua atenção em outros pacientes, tem o intuito de afastar expressões de temor da morte. Nem todos os Enfermeiros compreendem, acolhem e reagem a essa situação da maneira mais adequada, como mostra as falas abaixo:

[...] realmente é um baque grande. Às vezes, tem situação que prefiro nem ficar tão do lado do acompanhante. Porque eu acho, assim, você tem que se envolver até certo ponto. Tem uns pacientes que você sofre mais que os outros. Às vezes, tem paciente que você conheceu antes e volta pro centro cirúrgico. Então, você acompanhou esse processo, você sofre mais. Então, com esses, eu prefiro até não ter tanto contatos direto com a família (E8).
É complicado! Algumas situações são complicadas, porque você acaba se envolvendo. Mas, assim, é realmente dar aquele afastamento necessário, tentar manter distante, não se envolver tanto (E15).

Considera-se necessário suscitar alguns questionamentos sobre os conflitos envolvidos no cuidado do paciente em ME, pois, o Enfermeiro envolvido neste processo é, também, um ser multidimensional, formado por dimensões biológicas, sociais, culturais, psíquicas, espirituais, dentre outras, que não podem ser desconsideradas no processo de cuidar, uma vez que estas podem interferir no modo como atuam na prática profissional.

Como ser humano e parte do contexto onde está inserido, o Enfermeiro influencia e é influenciado por tudo que o cerca, não saindo ileso em sua vivência profissional, notadamente quando tem o sofrimento, a dor e a morte como ofício.

No estudo desenvolvido por Lemes e Bastos (2007) as reações apresentadas pela equipe de enfermagem, diante do paciente em morte encefálica,

foram descritas como: ficando desumano, tendo dificuldade para cuidar, cuidando com amor, algo doloroso, principalmente quando o paciente era jovem ou criança.

Percebe-se, a partir dos discursos dos Enfermeiros, que do processo de cuidado ao paciente em ME na UTI emerge a dualidade entre o ser profissional e o ser pessoa, e a coexistência deles é uma situação complexa e delicada. Além dessa dualidade, o processo de cuidado gera “um peso, uma apreensão” que propicia um cansaço mental maior que o físico. Admite-se, ainda, que falta preparo emocional para os profissionais lidarem com a situação da ME.

O Enfermeiro, ao vivenciar o sofrimento da família e cuidar do doador, participa da finitude do outro. Essa proximidade com a morte em um primeiro momento faz com que o Enfermeiro a negue e aja como se a situação não tivesse mobilizado sentimentos, na tentativa de se preservar (LIMA, 2012).

Por fim, todos esses sentimentos controversos vivenciados geram no Enfermeiro intensivista sofrimento ao prestar assistência ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos. Dessa maneira, acredita-se que as reações da equipe de saúde relatadas nos discursos, como falta de conhecimento, descaso, falta de comprometimento e de profissionalismo podem ser justificadas através de vários estudos realizados (LEMES; BASTOS, 2007; MONTEIRO et al., 2008; GUIDO et., 2009).

Cuidar de uma pessoa com ME que é um potencial doador de órgãos para transplante é considerado um evento estressante na vida dos Enfermeiros. O Enfermeiro sofre durante a atuação junto ao potencial doador, enfrentando situações de estresse, e utiliza como uma das estratégias de enfrentamento para reduzir o seu sofrimento e facilitar a sua atuação o distanciamento desses pacientes (SOUZA et al., 2013).

Subcategoria 3.3: Dificuldade emocional do Enfermeiro em lidar com o paciente em morte encefálica

Esta categoria abrange 28 UR, em que os Enfermeiros relataram possuir grande dificuldade emocional em lidar com a morte encefálica, com o paciente nessa condição e com a família, situações que causam dor e tristeza nesses profissionais.

A seguir, a subcategoria é apresentada, com as respectivas discussões baseadas nas UR encontradas e nos achados da literatura.

O conhecimento por parte dos Enfermeiros sobre morte encefálica e a aceitação da mesma como morte tem relação direta com as ações de cuidado voltadas ao processo de doação. Embora alguns profissionais saibam o conceito de ME, muitos apresentam dificuldades relativas ao seu diagnóstico (AFONSO et al., 2004) ou acreditam que não seja equivalente a morte (CASTELLANA et al., 2008). Esse fator pode influenciar, no início do processo, também, através da não notificação de potenciais doadores ou da relação com a família do paciente potencial doador de órgãos e tecidos.

Permeando o processo de cuidado do paciente em ME existem dúvidas e incertezas sobre o diagnóstico e os cuidados que devem ser oferecidos a esse paciente. O Enfermeiro tem dificuldade em aceitar e compreender que a vida do paciente em ME chegou ao fim.

Sabe-se que a morte e o morrer são fenômenos inevitáveis, mas se deparar com a finitude humana, com o limite da vida é algo desafiador. Quando se trata de pacientes em situação de morte encefálica, de alguma forma a morte está anunciada, estando fora de qualquer possibilidade terapêutica. Neste caso, fala-se de um corpo vivo, mas de uma pessoa morta.

Os Enfermeiros intensivistas sentem-se responsáveis pela manutenção da vida de seus pacientes, e acabam por encarar a morte como resultado acidental diante do objetivo da profissão, sendo esta considerada como insucesso de tratamentos, fracasso da equipe que causa angústia àqueles que a presenciam (PESTANA, 2011).

Diante disso, é esperado que o Enfermeiro tenha mais dificuldade emocional em lidar com o paciente em morte encefálica que é considerado morto, mas que continua sob os seus cuidados, necessitando ter o corpo preservado e com os órgãos o mais íntegro possível.

Diante dessa situação o Enfermeiro, ao cuidar do ser em ME, muitas vezes tem uma resposta parecida com a do familiar e acredita que existe a possibilidade de acontecer algo sobrenatural que faça essa pessoa reviver, tendo a esperança de que a situação seja revertida. Pode-se observar isto em algumas falas:

Você não consegue acreditar e eu acho que, até isso, influencia na questão do cuidado, de você continuar cuidando como se fosse um paciente que tivesse alguma condição de prognóstico, alguma condição de sobreviver.

Mesmo você tendo consciência que não tem, eu acho que é por conta do quadro em si. É muito triste! Principalmente, quando é um paciente jovem (E6).

[...] Pra gente mesmo é difícil entender que aquela pessoa, ali, ela é considerada cadáver (E14).

Conforme pode ser verificado nos discursos abaixo, os profissionais não aceitam o fato de o paciente estar, na realidade, morto. Sabe-se que a morte encefálica é equivalente a morte clínica do paciente, fato comprovado pelo fornecimento da declaração de óbito que deverá ser preenchida com data e hora da conclusão da segunda etapa da determinação da ME.

Eu presenciei um fato de um médico extubar um paciente em ME que não era mais potencial doador, não era mais doador. Me chocou muito, ele chegar no paciente: “Ah, não é mais pra gente..., vou extubar.” Eu achei que aquilo era eutanásia. Me choquei! Aquilo foi muito agressivo pra mim. Eu fiquei paralisada, muito chocada... Então, eu achei um descarte muito violento... Eu achei que era uma eutanásia. Fiquei preocupada com a parte legal (E13).

O discurso ilustra a angústia de uma Enfermeira ao lidar com o paciente em morte encefálica. A falta conhecimento da legislação faz com que esta julgue equivocadamente a atitude do médico, que está respaldado legalmente, de acordo com a Resolução CFM Nº 1.826/2007, que diz:

Art. 1º - É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. (Conselho Federal de Medicina – CFM, 2011).

Esta Resolução possibilitou a suspensão de suporte terapêutico do paciente com o diagnóstico de morte encefálica não doador de órgãos, justificando que a suspensão, nesses casos, evita gastos desnecessários e o prolongamento do sofrimento dos familiares, além de demonstrar o cumprimento legislação.

Assim, surge o questionamento sobre a dificuldade em aceitar tal condição, pelos profissionais de saúde, sendo que existe o amparo legal e o respeito aos preceitos éticos. Estudo realizado por Moraes et al (2011), com médicos intensivistas avaliando a percepção frente à desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos, evidenciou os motivos relatados por aqueles que não suspenderiam o suporte ventilatório: respeito aos valores pessoais, culturais e sociais; receio de conflitos com os familiares que não aceitassem a doação de

órgãos; receio de problemas legais; despreparo da sociedade para aceitar o procedimento e crença da família na reversão do quadro do parente.

Em outro estudo realizado por Schein et al. (2008), relativo à avaliação de intensivistas sobre morte encefálica, foi demonstrado que o nível de conhecimento desses profissionais sobre morte encefálica ainda é insuficiente. Apesar de os fatores responsáveis por essa situação terem sido analisados, foi considerada a existência da negação da morte encefálica como morte pelo fato de muitos participantes do estudo terem referido que o horário do óbito do doador é o horário da retirada dos órgãos.

Lago et al. (2007) também evidenciam a dificuldade dos profissionais em aceitar o diagnóstico de ME como morte e chamam a atenção quanto ao tempo de retirada do suporte de vida após o diagnóstico de ME, que foi superior a 24 horas.

A morte encefálica equivale à morte clínica. Portanto, do ponto de vista ético e legal, após seu diagnóstico é dever do médico retirar os procedimentos de suporte que mantinham, artificialmente, o funcionamento dos órgãos vitais utilizados até o momento de sua determinação. A suspensão desses recursos não é eutanásia nem qualquer espécie de delito contra a vida, haja vista tratar-se de paciente morto e não terminal.

Quando o Enfermeiro reconhece que a norma institucional de desligar o ventilador mecânico do paciente em ME não doador de órgãos deve ser seguida, encontra barreira pela não aceitação dessa conduta pelos médicos, criando um impasse para o desligamento do aparelho.

Essa situação gera desconforto por manter uma pessoa falecida com suporte, além de não poder atender o desejo da família de receber o corpo para ser velado. A não familiaridade com os aspectos legais pode causar perplexidade aos profissionais. Contudo, a irreversibilidade da morte encefálica autoriza, legal e eticamente, o médico a retirar o suporte terapêutico utilizado até o momento de sua determinação.

A complexidade da situação gera muitas dúvidas, sendo necessárias discussões mais amplas e profundas sobre o assunto, para que os Enfermeiros se sintam mais seguros e possam também apoiar adequadamente a família dos pacientes em morte encefálica. Entretanto, o que se percebe é que com aquisição de conhecimentos, ou seja, quanto mais capacitados os Enfermeiros, mais se

sentirão mais seguros e confiantes no diagnóstico da ME e na prestação de cuidados aos pacientes que se encontram nessa condição (SOUZA et al., 2013).

Os Enfermeiros que participam do cuidado ao potencial doador e a seus familiares devem possuir conhecimento científico a respeito da definição de ME, assim como de todo o desenvolvimento do processo, para que não interfiram de maneira negativa no desfecho do processo de doação de órgãos. Ainda mais ao se levar em consideração que são esses profissionais que permanecem junto ao potencial doador e seus familiares durante todo o período de estada na instituição hospitalar, sendo, portanto, ponto de apoio nos momentos mais difíceis pelos quais estão passando os familiares.

Durante a realização do estudo foi possível identificar o quanto é difícil para os Enfermeiros prestar o cuidado necessário à família do potencial doador, sendo considerado como fonte de estresse. A dificuldade apresentada pelos membros da equipe tem relação com a identificação do sofrimento experimentado pela família e a sensação de inadequação na forma de agir frente a isso (LEMES, BASTOS, 2007).

[...] e a questão emocional, eu acho que vai muito de cada um. Eu, por exemplo, eu sofro muito mais com a família, do que com o paciente. Pra mim, ver aquele paciente com morte encefálica não é tão doloroso como eu ver a família sendo avisada em relação a isso. Isso é muito mais doloroso de se conviver, do que a própria morte encefálica (E8).

[...] Você não é de aço! A cada paciente que eu recebo e que volta do centro cirúrgico e, com poucas horas, o medico já tá dizendo ME, é uma tristeza enorme...ver a dor da família...Isso interfere no teu emocional (E11).

Confrontando-se com a morte do paciente potencial doador de órgãos e tecidos e com o sofrimento de seus familiares, os Enfermeiros tentam se proteger da angústia que essa situação gera adotando estratégias de adaptação, consciente ou inconsciente, o que pode ser definido como estratégias de proteção.

A seguir, destacam-se algumas falas que ilustram essa realidade:

A minha fé em Deus. Se a cada vez que eu veja a perda de um, Deus tá chamando pra um lugar melhor... , Eu só penso assim, que Deus quis assim (E11).

Pelo menos, eu tento me conscientizar que aquela pessoa não tá mais ali, mas, que, a partir dela, muitas outras pessoas que estão a beira da morte vão ser salvas por conta dos órgãos daquela pessoa. (E14).

[...] Mas, a gente pensa que, como ele é um potencial doador, ele vai poder ajudar outras pessoas, a salvar vidas, porque tem muita gente que precisa de um coração ou de um outro órgão pra poder sobreviver. E a gente mantendo aquele paciente bem, a gente vai conseguir salvar outras vidas (E21).

O Enfermeiro busca, em ações do seu cotidiano, encontrar meios para reduzir o estresse desencadeado pelo cuidado a esse potencial doador e à sua família, relatando que se sente motivado a cuidar do ser em ME, potencial doador, devido à possibilidade de ele beneficiar outras pessoas. Ressalta que pensar dessa forma faz com que o processo de cuidado a esse paciente seja facilitado.

O despreparo para lidar com a morte encefálica, com o paciente potencial doador e com o sofrimento dos familiares desses pacientes, acaba gerando diversas dificuldades que tornam os Enfermeiros tristes, angustiados e aflitos, tudo isso por falta de habilidade para enfrentar este difícil processo.

A gente tem que ter muito respeito pelo paciente, mas, também, saber separar. A gente, também, não pode tá se envolvendo, emocionalmente, de forma muito intensa que prejudique o nosso trabalho. Realmente é uma perda e você sabe que aquela pessoa não vai mais voltar e você continua investindo... A cada momento que você chega perto dela é um momento de reflexão da vida, você pensar que pode ser alguém seu (E26).

As dificuldades em lidar com as condições que envolvem a morte encefálica de um paciente são muitas e geradoras de ansiedade, sofrimento e até mesmo adoecimento, principalmente do Enfermeiro, dada a sua prática de cuidado direto. Com essa sobrecarga emocional o Enfermeiro, bem como outros profissionais da saúde, necessita ter espaço em que a equipe possa trabalhar várias demandas, inclusive as emocionais, considerando o estresse a que são submetidos cotidianamente.

Ter momentos de reflexão e discussão sobre os aspectos técnicos, científicos e, sobretudo éticos, referentes aos cuidados, não somente aos pacientes que estão em morte encefálica mas também aos seus familiares, pode facilitar esse processo e o trabalho da equipe. Tudo isto pode favorecer a qualidade da assistência e as relações interpessoais entre a equipe e a família do paciente.

Subcategoria 3.4: Cuidado prestado pelo Enfermeiro ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos

Pode-se perceber, a partir dos discursos dos Enfermeiros, que estes consideram que o cuidado prestado ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos é praticado de duas formas: um cuidado que trata o paciente em ME de forma diferenciada, seja ele por ser específico e exigir mais cuidados, ou por ser negligenciado frente aos outros que possuem prognóstico de sobrevida; um cuidado

que não faz diferença, que considera que o paciente em ME precisa de atenção e cuidados intensivos, assim como os demais internados na unidade.

Foi possível perceber, também, que o Enfermeiro age de maneira diferenciada em relação à família, seja se aproximando mais desses familiares, por considerar que estes se encontram mais angustiados e precisando de mais atenção e esclarecimentos, seja se distanciando, utilizando essa estratégia como forma de autoproteção, por se encontrar diante de um processo que é considerado extremamente doloroso também para os profissionais.

Esta subcategoria reúne 43 unidades de registro (UR), onde foram agrupados aspectos relacionados ao cuidado direto prestado pelo Enfermeiro do CTI ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos.

Os Enfermeiros consideram que o cuidado prestado ao paciente potencial doador é diferente, no sentido de: hora ser um cuidado específico e intensificado; e hora ser um cuidado negligenciado por este ser considerado estar morto.

A seguir, a subcategoria é apresentada com as respectivas discussões, baseadas nas UR encontradas e nos achados da literatura.

O discurso do Enfermeiro, descrevendo a sua prática profissional junto ao paciente em ME, mostra-se frágil e inespecífico, possivelmente indicando a dificuldade que tem de lidar com esta situação.

[...] porque eu sei que tem que ter um cuidado diferenciado, por parte do profissional; porque, realmente, os cuidados são outros. Os cuidados do paciente que entra em morte encefálica, eles são bem específicos... (E4)
...ter o cuidado, ali, sempre redobrado com a questão da hipotermia e tal. Mas, eu sigo uma linha de..., independente de ser ou não, eu chego aqui e vou cuidar dos meus pacientes de forma igualitária (E28).
Eu acho que os profissionais, pelo menos aqui com o pessoal da UTI Verde, eles se intensificam mais quando o paciente tá com ME... (E30)

Após a constatação da ME e quando o paciente é considerado potencial doador de órgãos, essa condição exige que a equipe de saúde institua todos os cuidados e intervenções necessários para mantê-lo em tal condição. Refere-se à possibilidade do aumento do número de órgãos captados e à qualidade dos mesmos. O objetivo do tratamento passa a ser a proteção e a perfusão dos órgãos especificamente, e a prioridade é garantir o melhor suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Os cuidados prestados ao potencial doador não são essenciais, mas sim específicos e com outros objetivos. Cabe ao profissional Enfermeiro direcionar ações fundamentais para a manutenção dos órgãos. Os cuidados específicos ao potencial doador de órgãos consistem nos cuidados relativos aos sistemas cardiovascular, respiratório e endócrino, à manutenção da temperatura corporal, aos cuidados com as córneas para evitar ulcerações das mesmas, à prevenção de infecção e ao sistema nervoso central.

Sabe-se que um único potencial doador em boas condições poderá beneficiar, por meio do transplante, mais de dez pacientes. Daí a importância de conduzi-lo com o mesmo empenho e dedicação de outros pacientes da UTI (ARAÚJO; CINTRA; BACHEGA, 2005).

A diferença entre o cuidado do paciente com ME e aquele que apresenta um prognóstico de sobrevida aparece, de modo claro, no discurso do Enfermeiro. As justificativas são várias, entre elas a de que a preferência no atendimento é de outros. A negligência no cuidado é justificada por eles como decorrência da necessidade de outros pacientes que precisam mais de atenção e que apresentam bom prognóstico de recuperação.

Já que a pessoa, já não tem mais como acordar, digamos, assim, como voltar a ser uma pessoa que fala, que anda, que vive. Eu vejo que o tratamento não é o mesmo...Tem muita a falta de cuidado (E4).

[...] Tá morto! Então, pra que que eu vou tá tendo tanto cuidado com esse paciente, se ele tá morto?[...] A gente cuida deixando um pouco pra lá e ligando mais pros pacientes que tem mais prognóstico [...] Eu acho que, às vezes, é até involuntário da gente. Você tá com quatro pacientes, ai, um estar com morte encefálica, você acaba se preocupando mais com os outros três, É como se não fosse urgente (E8).

Talvez, você se dedique mais aos outros, mas, não que influencie no cuidado, diretamente. Mas, é porque, realmente, os outros estão precisando mais (E21).

Eu já vi alguns profissionais com descaso mesmo, de nem olhar pra ele, de não ir e ficar umedecendo a córnea às vezes, deixa de fazer (E23).

[...] você tem compromisso com o paciente que tem um prognóstico bom; você investe mais naquele paciente; você não mantém só a conduta, porque, no paciente em ME, você mantém a conduta (E25).

A UTI é considerada como um ambiente tenso, onde a morte é uma constante. Os Enfermeiros afirmam que é difícil lidar com a morte encefálica, principalmente quando ela atinge aquele paciente com o qual foi estabelecido um vínculo durante o processo de cuidado. Admitem, ainda, que, diante da dificuldade de lidar com a morte, geralmente não conseguem prestar uma assistência adequada ao ser em ME, comprometendo assim o cuidado.

É possível observar nas falas que os Enfermeiros afirmam que a diferença em cuidar do ser em ME e do paciente crítico está atrelada ao estímulo que os motiva a cuidar deles. Essa motivação para o cuidado está centrada na possibilidade de vida, no prognóstico positivo do paciente. Eles consideram que o ser em ME não necessita de cuidados semelhantes ao paciente crítico, havendo um maior investimento de cuidados neste último.

Portanto, é possível observar que o cuidado é permeado pelo distanciamento entre o profissional e o paciente em ME, pela falta de disposição, de envolvimento e de investimento dos profissionais em assistir esse paciente. Estes referem que existem situações em que esses pacientes são colocados “de lado na assistência” e é prestado um cuidado parcial e periférico. Nas falas pode-se identificar a pobreza do vínculo e o compromisso profissional de cuidado intensivo e contínuo do Enfermeiro.

Os Enfermeiros relatam alguns conflitos em relação à assistência ao potencial doador demonstrados pela falta de interesse e de importância do cuidado ao mesmo.

O paciente em ME, muitas vezes, é visto pelos profissionais como não tendo mais jeito, pois já está morto mesmo. Observa-se que a equipe não se preocupa em cuidar, demonstrando que é preferível cuidar de pessoas que têm chance de vida, e não de um morto.

Essa situação é conflitante para o Enfermeiro e demonstra a falta de comprometimento da equipe multiprofissional. Resulta do descaso com o processo de doação de órgãos e a consequente assistência inadequada ao paciente em ME.

Segundo Monteiro et al., (2008), “cuidar eticamente do outro é atitude que leva à reflexão”. Ao cuidar de um paciente é preciso que o profissional o veja como ser humano, com suas necessidades afetadas, fragilizado, merecendo respeito e atenção. Enfoca que o trabalho de enfermagem é comparado ao processo de evolução da sociedade, que tende à desumanização, levando a um cuidado descompromissado.

Segundo Guido et al., (2009), percebe-se que as emoções da equipe de enfermagem se modificam de acordo com a gravidade dos pacientes. Quando estes assistem pacientes em morte encefálica, que necessitam de cuidados intensos, o ambiente torna-se mais desgastante e exige mais adaptação dos profissionais.

A assistência de enfermagem é fundamental para a manutenção do doador e da qualidade dos órgãos a serem utilizados. Neste sentido observa-se que as crenças e os valores relacionados aos cuidados de manutenção do potencial doador de órgãos interferem ou determinam o distanciamento em relação ao paciente e, conseqüentemente, geram prejuízo à assistência.

Alguns Enfermeiros consideram que o cuidado prestado ao paciente potencial doador é o mesmo do cuidado prestado aos outros que está internado na UTI e que possui prognóstico de sobrevida.

O cuidado específico e individualizado foi referido por alguns Enfermeiros, dando destaque à importância de assistir o paciente em ME de acordo com suas necessidades específicas, não o distinguindo do outro que tem prognóstico de sobrevida.

Tem os cuidados específicos, mas, não que seja diferente. Uma higiene, um banho, um balanço hídrico, a gente vai fazer da mesma forma (E12).
Todos dois têm prioridade. Eu considero a mesma atenção. Só que, cada um com sua maneira (E19).
Eu não diferencio; se eu disser que eu diferencio, eu tô mentindo. Pra mim, eu acho que tudo é igual, é paciente em terapia intensiva (E20).

O objetivo da assistência do Enfermeiro ao paciente em ME potencial doador de órgãos é otimizar a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade dos órgãos e, dessa forma, aumentar o número de órgãos captados e a qualidade dos mesmos. Daí a importância de se direcionar as atenções a esse paciente com o mesmo empenho e dedicação de outro internado na UTI potencialmente recuperável. Na fala a seguir o Enfermeiro afirma que cuida do doador como se não estivesse morto, apontando para um comportamento de negação da morte.

[...] ele recebe os mesmos cuidados. Ele vai ser higienizado, vai ser trocado curativo, vai ser colocado as drogas, vai ser colocado tudo, vai continuar antibiótico, vai continuar droga vasoativa, vai continuar tudo, como se ele estivesse vivo (E2).

Uma das estratégias utilizadas pelo Enfermeiro frente ao sofrimento é cuidar do doador como se ele não estivesse morto, buscando dar uma assistência que seja adequada (LIMA, 2012).

Ao compreender seu papel de cuidador, alguns Enfermeiros realizam o cuidado às pessoas com ME de forma técnica, realizando os procedimentos de forma correta, sem considerar a situação em que aquela pessoa se encontra. Paralelamente a isso, o Enfermeiro busca “não se envolver muito” na prestação de

assistência, mantendo certa distância, colocando uma barreira para continuar o cuidado, para não ficar deprimido, pois a morte do outro o remete a pensar em sua própria morte.

Os Enfermeiros consideram que o cuidado prestado à família do paciente potencial doador de órgãos e tecidos é diferente. Alguns profissionais se aproximam da família por considerarem uma situação de extremo sofrimento e angústia; já outros se distanciam desses familiares evitando o seu próprio sofrimento ao lidar com uma situação que lhes causa grande angústia.

O Enfermeiro da UTI é responsável por prestar uma assistência direta ao paciente em ME potencial doador de órgãos enquanto o paciente estiver no setor. Esses cuidados incluem a família. Os Enfermeiros referem que buscam valorizar, acolher e apoiar a família do paciente, com a finalidade de cuidar com dignidade e respeito dessas pessoas, o que envolve tanto a família como o paciente em ME.

Diante dos discursos pode-se perceber que os alguns Enfermeiros buscam interagir com a família no intuito de confortá-la, acolhê-la e fornecer informações sobre a ME, procurando transmitir segurança e confiança.

[...] Nessa questão do tipo de conversa com a família, que vai ser totalmente diferenciado, né? A gente num pode chegar pra família do potencial doador, de uma pessoa com morte encefálica e dizer: "Olha! Ele vai ficar bem! Tenha fé, reze" Porque a gente vai tá dando falsas esperanças a família. Vai tá atrapalhando o processo de doação. Então, o foco vai ter que ser totalmente outro (E2).

Algumas vezes, quando a família vem buscar apoio ou informação, a gente, algumas vezes, eu vejo, tanto eu, quanto alguns, dando uma assistência maior, dando mais um apoio, a conversa, o ombro mesmo (E7).

A atuação do Enfermeiro intensivista está presente desde a detecção e manutenção de um potencial doador até a atenção à família, acompanhando todo o processo de consentimento da doação. São os primeiros profissionais que estabelecem um vínculo com a família, iniciando o processo de doação (GOZ et al., 2006).

Ao lidar, em seu cotidiano laboral, com o sofrimento, a dor e a morte, o profissional da área de saúde se envolve e sofre. Essa dificuldade é referida pelos Enfermeiros do estudo, como aparece nos trechos abaixo, recortados de seus discursos:

Quando a gente trabalha em UTI há algum tempo, assim, a gente fica fria, né? Mas, quando você se envolve com a família, ai, eu tento até me afastar. Ai você se envolve. Eu acho que num faz nem bem você se envolver a esse

ponto de se abalar emocionalmente. Eu já fiz isso algumas vezes. Ai, meu plantão não fica bem, não vinga. Eu fico transtornada com a situação! (E12). Eu acho que eu não tenho esse preparo. Assim, eu acho que eu sou muito sensível e eu fico emocionalmente abalada. Acho que é por isso que eu acabei decidindo mais por essa área da terapia intensiva, porque na enfermaria você lida diretamente com o familiar, você vê o sofrimento das pessoas (E12).

Estar com a família do doador, na opinião dos Enfermeiros, é uma experiência complexa de sofrimento, inicialmente pela diversidade de reações que a família apresenta: revolta, dúvida, desconfiança e apatia (LIMA, 2012). Todos os Enfermeiros afirmam que estar com a família é o momento mais difícil do processo, gerador de grande estresse, mesmo que se trabalhe na área há algum tempo.

Vários estudos reforçam esse comportamento de distanciamento por parte dos profissionais diante da morte do outro. Pode-se concluir que trabalhar com a morte e o morrer não imuniza o profissional do sentimento de pesar (LIMA, 2012).

Categoria 4: Impacto da assistência do Enfermeiro na concretização da doação de órgão e tecidos

Esta categoria reúne 68 unidades de registro (UR), em duas subcategorias, as quais agruparam aspectos relacionados ao impacto da assistência prestada pelo Enfermeiro ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos e a sua família na concretização da doação.

Nesta categoria pode-se apreender dos discursos, que o Enfermeiro intensivista se sente, apenas em parte, responsável pelo paciente em ME e por sua família.

Os Enfermeiros que se consideram responsáveis diretos pelo paciente acham que a sua assistência é importante, pois são eles que garantem a monitorização e a manutenção hemodinâmica adequada, desta forma assegurando a qualidade dos órgãos a serem transplantados. Eles reconhecem que sem esses cuidados a doação não seria possível, pois garantem a qualidade e a viabilidade dos órgãos. Portanto, essa assistência implica, diretamente, a concretização da doação.

Os Enfermeiros consideram, ainda, que a assistência junto à família do paciente em ME também implica, diretamente, a concretização da doação. Dão como justificativa o fato de ter uma proximidade maior com os familiares,

esclarecendo dúvidas, acolhendo e, desta forma, estabelecendo um vínculo de confiança que favorece o processo de doação.

A partir do momento em que os familiares confiam no Enfermeiro que estava cuidando do seu familiar, antes de ele entrar em ME, eles tendem a confiar mais no diagnóstico e a compreender o processo de doação. Alguns Enfermeiros acreditam, equivocadamente, que têm como função interferir na decisão da família tentando convencê-la à doação de órgãos e tecidos. Essa atitude é equivocada, visto que nenhum profissional, seja ele da UTI ou da CIHDOTT, tem o direito de tentar convencer a família a doar. Eles têm, sim, como obrigação o esclarecimento do quadro do paciente e de todas as dúvidas acerca daquela condição.

Pode-se captar, também, que alguns dos Enfermeiros não se sentem responsáveis pelo paciente em ME e sua família, transferindo essa responsabilidade para a equipe da CIHDOTT. Os profissionais acham que a sua obrigação, enquanto Enfermeiro intensivista, acompanhando algum paciente em morte encefálica é apenas informar a existência desse paciente à equipe da CIHDOTT. A partir daí a equipe do transplante passa a ser responsável pela manutenção direta do paciente, pela agilidade da parte burocrática do processo de doação, pela abordagem e pelo cuidado da família do paciente.

Foi possível observar, também, que as atribuições dos profissionais Enfermeiros da UTI e dos profissionais da CIHDOTT não são bem claras e bem estabelecidas, o que gera por vezes conflitos entre os Enfermeiros da UTI, que acham que o paciente é sua responsabilidade e consideram que os profissionais da CIHDOTT ultrapassam suas atribuições. Por vezes gera-se o equívoco de os Enfermeiros da UTI acharem que o paciente em ME é responsabilidade exclusiva da equipe da CIHDOTT, o que faz com que estes se isentem de prestar a assistência adequada.

Subcategoria 4.1: Implicação direta da assistência do Enfermeiro da UTI para concretização da doação

Esta subcategoria abrange 46 UR, em que os Enfermeiros consideram que a concretização da doação estar diretamente dependente da assistência prestada por ele. Consideram que o sucesso da doação depende da monitorização e

da manutenção hemodinâmica realizada pelo Enfermeiro da UTI, assim, como, da qualidade da assistência prestada à família.

A seguir, a subcategoria é apresentada com as respectivas discussões baseadas nas UR encontradas e nos achados da literatura.

Em relação aos cuidados técnicos prestados ao paciente potencial doador, 46% dos Enfermeiros falaram sobre a importância da manutenção hemodinâmica adequada.

Ao cuidar dos potenciais doadores os Enfermeiros focam na manutenção hemodinâmica, havendo grande preocupação em cuidar do paciente em função do benefício que ele irá trazer a outra pessoa, o que apresenta uma visão utilitarista. O Enfermeiro tem consciência da importância do seu cuidado ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos, utilizando-se de seu conhecimento técnico para assisti-lo, na certeza de que isto interfere diretamente na qualidade do material próprio para transplante, conforme trechos do discurso abaixo:

Eu penso que, se você não tiver uma manutenção adequada com o corpo, com as extremidades, com a perfusão, com a pressão do paciente, com certeza, isso vai implicar diretamente na possibilidade do órgão ser útil para uma outra pessoa (E4).

Você vê o quanto nosso cuidado influencia nos órgãos, assim, a gente..., função renal, ocular. Então, se a gente for cuidando, tentando dar assistência adequada, com certeza, o órgão vai ter mais viabilidade pro próximo (E7).

É a questão mesmo de manter esse corpo, até porque, como nós estamos 24 horas com o paciente, se a gente não tivesse os cuidados contínuos muitos dos órgãos podem ser perdidos por conta desses cuidado que foram negligenciado (E8).

A prática de enfermagem, eu acho, que ela contribui muito, no que diz respeito a preservação do paciente, para que ele esteja em condições adequadas de fazer a doação. Porque se a enfermagem não tiver cuidando pode haver perdas... Então, a assistência de enfermagem, ela é muito importante no que diz respeito à manutenção da viabilidade dos órgãos do paciente (E28).

O Enfermeiro, ao cuidar do paciente em ME potencial doador, sente-se responsável pela estabilidade hemodinâmica para preservar os órgãos desse paciente. Por isso, a atenção deve ser redobrada, principalmente naqueles candidatos a transplantes de órgãos, pois caso ocorra alterações hemodinâmicas, o processo de doação e transplante ficará comprometido. Aliado à responsabilidade existem o medo, a ansiedade e a preocupação, porque o desejo do profissional é que seu trabalho tenha um resultado satisfatório (PESTANA, 2011).

Os Enfermeiros do estudo afirmam que não é pelo fato de o paciente estar em condição de ME que não merece ser cuidado com o mesmo esmero e habilidade do paciente crítico.

O doador de órgãos é visto como meio, e não como um fim em si mesmo; o profissional lhe atribui importância pelo fato de congregar órgãos e tecidos que serão viáveis para que sejam utilizados por outras pessoas, sendo uma fonte de esperança para alguém que aguarda um transplante (LIMA, 2012).

Os Enfermeiros também podem utilizar a prestação de uma assistência essencialmente técnica como estratégia de enfrentamento ao estresse de cuidar de uma pessoa com ME como potencial doador de órgãos ao realizar o cuidado de forma competente e buscar apoio em outras pessoas.

A realização do cuidado de forma competente corresponde à estratégia designada como “Aceitação da responsabilidade”, que indica a percepção de sua importância na participação do processo de doação de órgãos, especialmente na manutenção das condições adequadas dos doadores (LAZARUS, 1984). Por fim, o Enfermeiro percebe que seu trabalho é extremamente dignificante por estar fazendo um bem, algo que pode qualificar vidas. Considera-se importante nesse processo, pois pode possibilitar ao doador um fim digno e à família mais informação e conforto.

Como parte do processo de cuidar do Enfermeiro, a família deve ser incluída nesta atenção, notadamente, quando se trata de pacientes

[...] Principalmente, na questão da família, porque, por mais que a gente não tenha o contato direto, que vá dar a notícia, que vá tentar convencer a família, de uma forma ou de outra a gente pode ir moldando ela pra esse momento, pra que haja a aceitação (E1).

Eu acho que é uma coisa mais próxima. O Enfermeiro que participa de uma visita (familiar), por exemplo, ele pode influenciar, ele pode, pelo menos, tentar passar um pouco de conhecimento para essa família ou mesmo conversar, em momento de maior emoção, para que tente superar esse momento, tentar que a família, pelo menos, entenda o significado e tal (E5).

É aquele processo complicado, principalmente, quando tem família que não entende o processo de morte encefálica. Como a gente tá muito próximo, conhece, geralmente, a gente conhece tudo do paciente, passa muito tempo com ele..., pra explicar que aquele paciente não está mais ali... . Então, assim, como a família cria muito um laço com a gente, enfermagem, porque tá ali conversando, quase toda hora. e então, assim, eu acho que é importante a gente, também, falar e explicar, porque, as vezes, eles tem esse laço de confiança com a gente (E15).

Diálogo com a família é muito importante. Essa parte de esclarecer sobre a importância da doação...(E25).

Os Enfermeiros intensivistas falam da necessidade de estabelecer sintonia com a família, para desenvolver uma relação de confiança, ponto que é

reconhecido como fundamental para conseguir o aceite da doação, já que a família, muitas vezes, vê o processo com desconfiança, por causa da falta de assistência adequada, pelo não conhecimento do conceito de morte encefálica e pelo fato de não aceitar a morte.

Alguns profissionais relataram que, em alguns momentos, evitam um contato maior com a família.

[...] Poucas vezes eu vejo o Enfermeiro chegando perto; poucas vezes eu vejo ele dando algum tipo de informação. Se é alguma informação, aí, já passa pro Médico, que é o médico que vai te dar informação... (E28).
O Enfermeiro, ele tá muito ali ligado à parte assistencial, burocrática e, aí, por aí fica mesmo. Você não vê muito essa relação do Enfermeiro, do acolhimento da família nessa situação. Eu acredito que a boa relação com a família seria já um bom passo e a questão, também, do cuidado mais afetivo com aquele paciente; não vê-lo só da forma, ali, naquela condição que ele tá...,(E28).

O trabalho demonstrou que estar com a família do potencial doador é um grande cenário de conflito vivenciado pelo Enfermeiro de captação, sendo referido que esse é o momento mais difícil e estressante de todo o processo. Muitas vezes o Enfermeiro é levado a manter o distanciamento desses familiares.

Subcategoria 4.2: Implicação direta da assistência da CIHDOTT na concretização da doação

Esta subcategoria abrange 22 UR, onde os Enfermeiros consideram que o paciente potencial doador de órgãos e tecidos que se encontra internado na UTI, juntamente com a sua família, é de responsabilidade da equipe da CIHDOTT.

Ao refletir sobre sua prática junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecido o Enfermeiro coloca-se com responsabilidade relativa voltada, principalmente, para a comunicação com a equipe do CIHDOTT, a qual assume o processo, a partir desse momento.

Considero que implica, parcialmente, porque, a partir do momento que aquele paciente tem a confirmação de morte encefálica, a própria Enfermeira da CIHDOTT se responsabiliza. Muitas vezes, até foge do nosso controle (E10).

A equipe do transplante tem que tá muito presente. Eu acho que eles tão mais preparados...(E12).

A gente tem uma equipe de banco de órgãos aqui, que é o responsável pela doação. Eles, praticamente, tomam a sua frente. Alguns profissionais não deixam você direcionar aquela situação, praticamente, como se aquele paciente não fosse mais nosso (UTI amarela), fosse somente deles, entendeu? (E15).

A nossa ajuda é mais essa, no início. É comunicar essa pessoa, essa Enfermeira que passa na UTI e fala: - Oh!O paciente tal tá em morte

encefálica, ou então já tá começando... Eu acho que a minha parte é só informar essa Enfermeira da CIHDOTT. E, assim, não é só uma coisa do Enfermeiro (E21).

Eu acho que, com certeza, a questão da informação, de ficar atenta a isso, a ligar pro setor responsável. Isso aí é fundamental; nós que somos responsáveis por isso (E22).

Pra doação, ninguém é responsável direto, chama a CIHDOTT e o CIHDOTT é quem resolve (E24).

Porque tem a equipe do HGF que é só mesmo pra questão de morte encefálica, de doação, eles que abordam, eles que fazem todo o processo, a gente aqui não sabe, eu sei que tem os exames eu sei que tem isso, mas eles que cuidam, a gente não interfere, a gente só comunica olha tem paciente em ME...(E27)

A CIHDOTT tem uma equipe ótima. Até porque a equipe do transplante é uma equipe exclusiva para paciente, não somos nós. (E29).

Para manter a estabilidade hemodinâmica do paciente em ME potencial doador, tanto o Enfermeiro da UTI como o Enfermeiro da CIHDOTT organizam as práticas de cuidado a esse paciente. Inicialmente, o Enfermeiro da UTI mantém as drogas e a hidratação para preservar os níveis tensionais dentro da normalidade. Realiza o aquecimento do paciente para tratar a hipotermia, faz o controle da diurese e acompanha os exames laboratoriais. Na verdade, realiza os cuidados necessários a um paciente grave. Além disso, tem que gerenciar a equipe de trabalho para garantir que o cuidado ao paciente em ME potencial doador seja apropriado.

Dentre as atribuições da CIHDOTT destacam-se a organização da instituição para o efetivo processo de captação e doação de órgãos: detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital; viabilizar o diagnóstico de ME conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), assegurando que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos e morais; criar rotinas para oferecer aos familiares de usuários falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos, assegurando uma abordagem humanizada, embasada numa relação ética e de respeito; articular-se à CNCDO para organizar o processo de doação-transplante; articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender os casos de possível doação; e ainda, responsabilizar-se pela educação permanente dos trabalhadores da instituição, em conjunto com a CNCDO e SNT, favorecendo a adequada abordagem à família para solicitação da doação, bem como todo o processo de doação-transplante. (BRASIL, 2005).

O Enfermeiro da CIHDOTT, ao chegar à UTI, prioriza o paciente em ME potencial doador; identifica as suas necessidades; implementa, acompanha, avalia e monitora os resultados dos cuidados implementados. Essas etapas não diferem das convencionalmente empregadas a um paciente crítico. Porém, o diferencial está na agilidade e na corrida contra o tempo que a CIHDOTT tem que enfrentar no processo de cuidado do paciente em ME potencial doador, pois essas variáveis estão diretamente relacionadas com o sucesso do processo de doação de órgãos e transplante. É importante enfatizar que a organização das práticas de cuidado permite que o cuidado aconteça de modo eficiente. Portanto, o Enfermeiro da CIHDOTT apenas complementa o cuidado que deve ser prestado pelo profissional da UTI, garantindo que não ocorra o insucesso no processo de doação de órgãos.

Acredita-se que ações de sensibilização e conscientização dos Enfermeiros devem ser iniciadas, o que poderá favorecer o seu engajamento e envolvimento com a equipe da CIHDOTT, tornando efetivo o processo de doação e captação de órgãos e tecidos. Dessa maneira contribui para a concretização de doações.

Considera-se necessário que cada trabalhador se disponha a um senso de dever, responsabilidade e compromisso, emergindo num processo de (des)construção para um fazer ético. Para atingir o mesmo objetivo do compromisso social com a captação e doação de órgãos, é preciso, ainda, um maior envolvimento e uma tomada de consciência dos trabalhadores de diferentes áreas de atuação, de modo a desenvolver um trabalho multidisciplinar eficaz e efetivo. (SILVEIRA, 2006).

A divisão de trabalho e de funções, entre os Enfermeiros da UTI e os da CIHDOT, aparece no discurso dos pesquisados, quando fazem referencia ao contato com a família do paciente em morte encefálica, conforme mostrado abaixo:

Porque, primeiro, o nosso direito de abordar a família, nós não temos o direito... . Isso faz parte do trabalho da equipe de captação (E11).

Então a pessoa da CIHDOT, quem vai conversar com a família tem que conscientizar bem que aquilo que tá sendo feito não é pra trazer a pessoa de volta pra eles, mas sim pra salvar os órgãos pra ajudar outras pessoas (E14).

Eu, pelo menos, não faço isso, de explicar pra família, porque eu não sou da CIHDOTT. Mas, eu acho que a Enfermeira da CIHDOTT deveria conversar. E a CIHDOTT atua de conversar com a pessoa, de explicar pra família. Eu acho que não tem aqui (E20)

Claro que não é esse o meu papel. O papel de abordagem da família é da equipe de captação, mas o primeiro momento é com a gente, que é quando vai abrir o protocolo, a família vai perguntar e se você não se colocar no lugar dele você não consegue falar (E23).

Tendo em vista a lei n. 10.211/2001, a qual institui que apenas os familiares devem decidir acerca da doação, ou não, dos órgãos do potencial doador, a abordagem familiar realizada pela CIHDOTT se torna um dos critérios fundamentais para efetivar o processo de doação-transplante. (VARGAS et al., 2006).

Para tanto, o momento da abordagem familiar a fim de informá-la sobre a ME e a possibilidade de um transplante requer um trabalhador comprometido e consciente com o seu fazer. A CIHDOTT em que atua deve estar capacitada e ciente da sua responsabilidade e atribuições como comissão. Tais considerações são fundamentais para favorecer segurança e aproximação com a família que está passando por um momento de luto e dor pela perda do seu familiar.

Para os integrantes da CIHDOTT é necessário garantir um bom entrosamento com a família e estabelecer um clima de confiança. É preciso acreditar no processo de doação-transplante; conhecer os aspectos que envolvem este processo, ter calma, flexibilidade, compreensão, habilidade e disponibilizar o tempo necessário para dialogar e viabilizar a doação. A partir da consideração desses aspectos pode-se iniciar a abordagem da família. Esse processo requer o respeito aos sentimentos de luto enfrentado e uma explicação que leve em consideração, também, o grau de entendimento e a capacitação para a tomada de decisão em doar ou não doar, o que requer a compreensão do contexto socioeconômico e cultural do provável doador e da sua família. (VARGAS et al, 2006).

Embora os dois setores, UTI e CIHDOTT, tenham funções diferentes, os cuidados são complementares e interdependentes, para que se tenha sucesso no processo de doação de órgãos e tecidos. O cuidado à família não pode se restringir ao processo de doação, sendo de responsabilidade de toda a equipe, notadamente do Enfermeiro da UTI, por lidar diretamente com o paciente em ME.

5.3 Reflexões dos Enfermeiros acerca da assistência prestada ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos e do processo doação-transplante

Ao se perguntar se os entrevistados gostariam de acrescentar mais alguma coisa, os Enfermeiros complementaram com algumas reflexões sobre sua prática e sobre o processo de doação/transplante.

A grande maioria dos profissionais se reportou a necessidade de uma maior capacitação técnica na temática de transplante. Os profissionais relataram haver grande dificuldade técnica e emocional ao lidar com pacientes em morte encefálica potenciais doadores de órgãos e tecidos. Afirmaram perceber a falta de humanização e de empenho por parte de alguns profissionais que cuidam desse tipo de paciente. Os Enfermeiros relataram possuir dificuldade, também, em lidar com a família desses pacientes.

A detenção dos conhecimentos específicos sobre a temática possibilita que o profissional exerça adequadamente seu papel no processo do transplante. É imprescindível que esse profissional esteja sempre buscando qualificação e formação continuada, visto que o conhecimento é amplo e dinâmico.

Outro fator importante é a atuação do Enfermeiro em relação ao processo de captação e doação como um todo, pois é necessário um suporte educacional e emocional efetivo à equipe de enfermagem que poderá resultar na finalização do transplante de forma positiva.

Neste momento final da entrevista, os Enfermeiros destacaram algumas sugestões ou reivindicações para uma prática profissional mais adequada à condição que vivenciam, destacando-se: a criação de espaços que permitam o debate sobre as questões éticas, legais e emocionais envolvidas nesse processo; a criação de espaços que permitam a reflexão sobre a morte e o morrer, pois consideram que a partir daí será possível desenvolver estratégias de fortalecimento, o que contribuirá para que estes lidem melhor com esse tipo de situação.

O Enfermeiro é considerado autor e ator do processo de cuidado, fundamental na execução das ações de cuidado ao paciente em ME e sua família, pois contribuem para que todo o processo de doação e transplante seja bem desempenhado. Para isso, esses profissionais necessitam de capacitação em termos de técnicas e de procedimentos, bem como de habilidades/aptidões que facilitem a assistência direta ao paciente em ME e a sua família, como percepção, atenção, agilidade e sensibilidade (PESTANA, 2011).

A expressão de anseios e necessidades parece ser indicativa do quanto estes profissionais se sentem despreparados, técnica e emocionalmente, para lidar com uma condição laboral tão intensa, física e psiquicamente. Certamente que

essas manifestações são um grito de alerta e uma busca por ajuda e cuidado para aquele que tem por função cuidar do outro, nas mais diversas condições.

Considerando que o Enfermeiro assume uma responsabilidade muito grande em relação aos cuidados com os pacientes da unidade intensiva há que se estar alerta para que não ocorra um menor investimento cuidativo por parte do Enfermeiro principalmente quando a doação está indefinida. Esses procedimentos são de grande importância para que a doação seja viável, pois a manutenção inadequada dos órgãos e tecidos, inviabiliza o processo de doação.

5.4 Interfaces entre o discurso dos Enfermeiros a prática profissional observada entre a prática observada e o discurso dos Enfermeiros

Na observação sistemática da assistência dos Enfermeiros ao potencial doador de órgãos foi possível conhecer a atuação desses profissionais nos cuidados diretos e indiretos ao paciente em ME, além da interação do mesmo com as equipes da UTI e da CIHDOTT e com os familiares dos pacientes.

A observação sistemática ocorreu no momento em que era detectado algum paciente possível e/ou potencial doador. No período da coleta dos dados acompanhou-se a atuação do Enfermeiro na atenção a sete pacientes que estavam com protocolo para detecção de ME aberto.

Dos sete pacientes que se encontravam com suspeita de morte encefálica, portanto pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos, três possuíam contraindicação médica para doação (um paciente era HIV positivo, outro era portador de Lupus e o outro havia adquirido uma infecção por bactéria multirresistente), passando da condição de potencial doador para não doador, o que justifica a não inclusão dessas três observações no estudo, já que o intuito é observar a assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos e tecidos.

A seguir, é realizado um recorte dos principais momentos de observação da assistência do Enfermeiro ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos:

OBSERVAÇÃO 1:

05/09/2013: Paciente do sexo masculino, 41 anos, submetido a uma cirurgia para resecção de tumor cerebral. No pós-operatório imediato encontrava-se acordado e orientado, porém evoluiu com aumento da pressão intracraniana, apresentando sinais clínicos de morte encefálica, porém no

momento da minha observação o protocolo para confirmação de ME não havia sido aberto.

Observa-se a atuação da Enfermeira assistente e, no mesmo momento, a aproximação de duas profissionais da CIHDOTT buscando pacientes com suspeitas de ME, sendo informada a existência deste.

Paciente em ME, mantido sob ventilação mecânica, aquecido sob manta térmica e com infusão de drogas em bombas de infusão contínua. Faz uso de sondas e de cateteres para monitorização hemodinâmica. A Enfermeira assistente supervisiona todo esse suporte, além de preparar e administrar medicações, gerenciar os recursos materiais e a equipe de enfermagem. Foi comunicado que o protocolo para confirmação de ME será iniciado após o horário da visita dos familiares.

Inicia-se o horário da visita dos familiares e o primeiro a entrar procura informações com a enfermeira, a qual não responde às perguntas feitas e logo o encaminha para falar com o médico do plantão. O médico passa informação acerca do estado grave em que o paciente se encontra, porém não menciona a suspeita de ME nem a programação para abertura do protocolo. Um segundo familiar entra, se aproxima do paciente, olha para os aparelhos e monitores, porém nenhum profissional se aproxima. Neste momento, a enfermeira assistente não se encontrava no salão. Essa familiar se mostra angustiada e chora, no entanto sai sem ser acolhida por nenhum profissional da UTI. Um terceiro familiar, uma moça jovem, já entra chorando muito, conversa com o paciente, sendo amparada e acalentada pelo familiar de outro paciente que se encontra no leito vizinho, sem que nenhum profissional fale com ela. Após a saída do terceiro familiar, o médico se aproxima do paciente para checar algum parâmetro no monitor e solicita a dois estudantes de medicina que organizem o material para realização do primeiro teste do protocolo de ME. Nesse momento, o médico pergunta à enfermeira se já poderia iniciar os testes ou se ainda iria entrar mais algum familiar.

No momento da visita dos familiares, a UTI se encontrava com muito barulho, com profissionais conversando alto, rindo, não considerando o processo doloroso que os familiares estavam enfrentando. Para a realização do teste é necessário um aparelho gasômetro, sendo que o da UTI encontrava-se quebrado. A amostra de sangue coletada teria que ser levada rapidamente a outro setor, sendo

solicitada, pela enfermeira, a colaboração de dois auxiliares de enfermagem para essas tarefas, os quais se recusam. A enfermeira foi tomar as providências necessárias.

O teste é iniciado com o médico, dois estudantes de medicina e a enfermeira assistente. Os quatro se aproximam do paciente e fecham a cortina, preservando a privacidade do paciente no momento da realização do exame. A enfermeira providencia todo o material necessário para o teste e se mantém perto do médico e do paciente durante todo o tempo do exame. O médico utiliza este momento para ensinar as etapas do protocolo de ME aos estudantes de medicina. No momento da realização do teste a enfermeira da CIHDOTT se aproxima do paciente e fala diretamente com o médico sobre o andamento do exame. A enfermeira assistente se mostra zelosa quanto à privacidade do paciente, preocupada em manter a cortina fechada. Mais uma vez é solicitada a colaboração dos auxiliares de enfermagem, os quais alegam envolvimento em outros procedimentos.

OBSERVAÇÃO 2:

30/09/2013: Paciente sexo feminino, 67 anos. Paciente sofreu AVC hemorrágico, passou por procedimento cirúrgico, no entanto evoluiu para possível diagnóstico de ME.

Devido à instabilidade hemodinâmica da paciente o protocolo foi aberto, porém não foi possível dar prosseguimento. A paciente evolui e apresenta todos os sinais clínicos de ME. Observa-se que a enfermeira assistente é uma profissional experiente e está presente no momento da realização do teste.

A paciente não recebe nenhuma visita. Ao ser questionada sobre o conhecimento dos familiares acerca do quadro da paciente, a enfermeira não sabe informar se os familiares já estão cientes, porém outro profissional afirma ter sido, e que desde que souberam das condições do parente não compareceram mais à instituição. Apenas uma vizinha liga para a UTI para obter notícias da paciente.

Quanto à assistência, a enfermeira supervisiona as atividades dos técnicos de enfermagem e prioriza a assistência aos outros pacientes. Diz que mantém vigilância e aguarda o momento da parada cardíaca da paciente com

suspeita de ME, pois relata que não há o que fazer, já que a médica assistente não quer dar prosseguimento aos testes.

OBSERVAÇÃO 3:

09/10/2013: Paciente do sexo feminino, 45 anos. Evoluiu para ME após sofrer uma hemorragia subaracnóide.

A observação foi iniciada no momento do horário da visita dos familiares. A enfermeira assistente nota minha presença e evita contato. Observo um familiar se aproximar angustiado, porém ele não é acolhido por nenhum profissional da equipe da UTI. Um segundo familiar se aproxima e é ignorada pela enfermeira que está sentada logo à sua frente. A familiar solicita a presença de algum profissional, porém ninguém se faz presente. Observo a chegada do médico da Central de Transplante para a realização do exame complementar (eletroencefalograma). O médico se aproxima do paciente e não dirige nenhuma atenção à familiar que se encontrava ao lado do paciente, visivelmente angustiada. Segundo uma outra enfermeira da UTI, a família não tem conhecimento quanto à abertura do protocolo nem que os dois testes clínicos foram positivos. Eles foram informados apenas da suspeita, mas não do prosseguimento dos testes.

A enfermeira assistente se ocupa em realizar procedimentos nos outros pacientes e continua ignorando a presença dos familiares. Ao observar que o médico está dando início aos preparativos para o exame, um auxiliar de enfermagem se preocupa em fechar a cortina para preservar a privacidade do paciente.

Uma médica residente que não se encontrava no início da visita chega, se aproxima da família e explica o que está acontecendo e fala da necessidade de realização de alguns procedimentos para a confirmação da ME e fechamento do protocolo. A família questiona por que não havia sido informada dos resultados dos testes clínicos, no entanto a médica diz que conversará com eles apenas após o término do exame. Mesmo assim, já fala sobre a possibilidade de doação dos órgãos. A família se mostra confusa e a enfermeira assistente apenas observa e não se interessa em participar desse momento.

Logo após, um terceiro familiar entra e observa o paciente. Esse familiar se mostra muito angustiado. O paciente neste momento se encontra com muitos

fios, sondas, tubos, monitores, porém, a enfermeira, mais uma vez, apenas observa a movimentação no leito e não se aproxima.

Uma auxiliar de enfermagem se aproxima do paciente para realizar a verificação da glicemia capilar. Ao se aproximar do paciente, ignora a presença do familiar ao lado do paciente, porém o mesmo questiona sobre qual procedimento ela está fazendo. A auxiliar explica utilizando termos técnicos: “Estou vendo o Dx”, e informa o valor encontrado, logo após sai sem dedicar atenção ao familiar.

O quarto familiar entra chorando muito e não é acolhido em momento algum pela enfermeira ou outro profissional. Observa-se a entrada de um quinto familiar, aparentemente confuso, olhar perdido, observa toda a cena da UTI e o paciente. A médica residente solicita que a família aguarde o término do exame que estava sendo realizado e que logo após a finalização ela iria passar o resultado. No final da noite entro em contato com a enfermeira do plantão e sou informada de que a família negou a doação.

OBSERVAÇÃO 4:

10/12/2013: Paciente sexo masculino, 86 anos. Evoluiu para ME após sofrer um AVC isquêmico.

No momento da observação encontrava-se com os dois testes clínicos positivos, aguardando a realização do exame complementar para o fechamento do protocolo de ME. Esse paciente encontrava-se em um leito extra, totalizando cinco pacientes sob os cuidados de uma enfermeira. O dimensionamento no CTI são quatro pacientes para uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem. O paciente se encontrava na UTI verde, sob os cuidados de uma enfermeira que prestava assistência a ele e mais três, portanto com o dimensionamento habitual. Porém, a direção do hospital ordenou que, como ele era um paciente que estava em morte encefálica, ele teria que ser transferido para esse leito extra, pois o leito que ele estava ocupando iria receber um paciente em pós-operatório que precisava de maiores cuidados e vigilância.

Durante as observações sistemáticas foi possível captar muito da realidade descrita nos discursos dos Enfermeiros. Um dos pontos de maior relevância observados durante a observação sistemática foi tratamento dispensado

pelos Enfermeiros aos familiares dos pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos.

Em todas as observações realizadas não foi possível verificar nenhum momento de interação do Enfermeiro de plantão e dos familiares dos pacientes que estavam presentes na UTI no momento da visita. O Enfermeiro sempre estava ocupado com outros pacientes ou até mesmo dedicando atenção a familiares de outros pacientes.

Verificou-se que as atitudes dos Enfermeiros em relação às famílias dos pacientes em ME complementam e reafirmam o discurso dos Enfermeiros. Pode-se inferir que os que se denominaram “frios no contato com os familiares” estão se protegendo contra seus sentimentos e a família e, desta forma, não se permitem expressar vulnerabilidade, conforme evidenciado na subcategoria “Distanciamento do Enfermeiro da família do paciente potencial doador de órgãos e tecidos”.

Percebe-se que para que o processo de doação-transplante seja efetivado a família se mostra como o elemento principal, portanto é necessário que haja transparência de todo o processo. Isso só ocorre quando a família é devidamente acolhida, informada e esclarecida sobre o quadro do ente querido, pois a falta de esclarecimento é percebida como uma condição que gera dúvida, angústia, dor e desespero.

Estudos realizados por Rech e Rodrigues (2007), Roza (2005), Santos e Massarollo (2005), mostram que quando a família é bem orientada quanto ao processo de doação de órgãos, desde o conceito de ME até à entrega do corpo a família após a captação, as taxas de consentimento são maiores. E, ainda, que a satisfação por parte dos familiares em relação ao cuidado prestado ao paciente e atenção dispensada aos familiares exerce influência nas taxas de consentimento para a doação. Os Enfermeiros devem oferecer apoio aos familiares, independentemente da manifestação contrária à doação.

Durante as observações pude perceber que o ambiente da UTI no momento da visita dos familiares se apresentava como um ambiente barulhento, com pessoas rindo, falando alto, sem se atentarem para o momento de dor que muitas famílias estavam vivenciando, não só as famílias dos pacientes em ME, mas também os familiares dos demais pacientes que ali se encontravam. A postura ética e o respeito diante do sofrimento da família é um dever do Enfermeiro e de toda a

equipe de profissionais da saúde que prestam assistência ao potencial doador e seus familiares.

No caso do paciente em ME, é de fundamental importância a implementação de programas de educação permanente direcionados aos profissionais da saúde sobre o processo de doação e as implicações decorrentes do desconhecimento desse processo (MORAES, MASSAROLLO, 2009).

Sabe-se que o suporte emocional à assistência oferecida aos familiares e a informação sobre o processo de doação parecem ser essenciais para encorajar a atitude da doação.

No geral, os estudos indicam a família como elemento principal para que ocorra com sucesso o processo de doação, e a assistência prestada deve ocorrer antes e depois da evolução da ME. A assistência à família e ao paciente, desde a internação, é um elemento importante, pois influencia a tomada de decisão quanto à doação de órgãos.

Os discursos referentes às subcategorias “Respeito à família do paciente em ME”, “Atenção do Enfermeiro voltada à família do paciente em ME”, e “Aproximação do Enfermeiro à família do paciente potencial doador”, indicam que o Enfermeiro confere grande importância ao acolhimento, à informação e à atenção a esses familiares, atitudes contrárias às observadas na prática. O tratamento dedicado à família, pelo que foi observado, é descaso e falta de assistência.

A falta de atenção pode ter inúmeras causas, como por exemplo, o tempo dispensado em inúmeros procedimentos e tarefas que um paciente grave necessita. Esse fator pode acabar muitas vezes limitando o tempo despendido aos seus familiares. No entanto, o Enfermeiro intensivista deve se planejar para diminuir esse desequilíbrio no processo de cuidado de pacientes e família.

Outra causa pode ser o instinto de autoproteção que o Enfermeiro desenvolve na tentativa de sofrer menos com a situação de morte, como pode ser percebido nas subcategorias “Não envolvimento do Enfermeiro com a família do paciente em ME”, “Dificuldade do Enfermeiro em lidar com a dor da família do paciente em ME”, e “Distanciamento do Enfermeiro da família do paciente potencial doador de órgãos e tecidos”. O trabalho demonstrou que estar com a família do potencial doador é um conflito vivenciado pelo Enfermeiro de captação, sendo referido que esse é o momento mais difícil e estressante de todo o processo para os

Enfermeiros intensivistas, o que implica negativamente na qualidade da assistência prestada ao paciente e aos seus familiares.

Bouso (2006) afirma que a família precisa de informação e suporte emocional durante a fase crítica da internação de seu familiar. Para Cleiren e Van Zoelen(2002), a insatisfação com o atendimento nessa ocasião pode se manifestar contrária à doação de órgãos.

Durante as observações pude notar que as informações acerca da abertura do protocolo para confirmação de ME e os resultados dos testes clínicos algumas vezes não eram passadas aos familiares, e quando isso acontecia a comunicação com os familiares se fazia de forma equivocada e insensível à dor daqueles que estavam vivenciando um processo de perda.

Sabe-se que os familiares que estiverem em companhia do falecido ou que tenham oferecido meios de contato deverão ser obrigatoriamente informados do início dos procedimentos comprobatórios para a verificação da ME, permitida a presença de médicos de confiança da família neste momento. (BRASIL, 1997).

Informar aos familiares sobre a gravidade do quadro clínico e o início dos exames para verificar a ME é um elemento fundamental na promoção e preparação da família para o início do processo de luto, além de realizar o processo de doação de forma transparente, respaldado nos princípios éticos e legais.

A perda de uma pessoa com quem se tem laço afetivo é um momento desgastante, pode ser uma experiência marcante, e por vezes alcança níveis elevados de estresse.

Como foi observado no presente estudo, o Enfermeiro intensivista está presente nesse momento de dor da família e tem a possibilidade de minimizar os eventos estressantes vividos pela família.

A equipe de saúde, em especial o Enfermeiro intensivista, deve saber que a satisfação da assistência prestada durante a internação e o esclarecimento das dúvidas quanto à ME são imprescindíveis para que a família do doador tenha condições de diminuir a dor e o sofrimento (CINQUE, 2008).

Ao analisar o conjunto dos discursos, os entrevistados expuseram um grau significativo de ansiedade, tristeza e angústia, evidenciando a necessidade de cuidados em virtude dos conflitos existenciais e dos dilemas morais vivenciados no processo de doação de órgãos.

O Enfermeiro intensivista tem uma atuação desgastante e pode muitas vezes não saber como proceder diante da intensidade e gama de estressores. O tema é importante e cada vez mais suscita discussões para a ampliação do seu papel baseado em dados de pesquisa.

Para que o desfecho do processo seja a autorização familiar para a doação, é necessário que os Enfermeiros recebam capacitação periódica. Não apenas sobre as melhores técnicas de manutenção dos órgãos, mas também e principalmente, sobre a melhor forma de cuidar dos familiares, visto que, como já mencionado anteriormente, a negativa familiar situa-se como principal elemento a não permitir que o número de doações aumente.

A participação da família no decorrer do processo foi relatada na maioria dos discursos e observou-se que os profissionais acreditam que a mesma deve receber atenção especial durante o processo. Constatou-se que para a maioria dos profissionais a assistência de enfermagem exerce influência na decisão familiar perante a solicitação do consentimento para a doação. Ao se posicionarem sobre a influência os profissionais destacam o momento da abordagem familiar como sendo um momento delicado onde qualquer palavra ou ação mal executada pode pôr fim ao desejo de consentir a doação, porém na observação sistemática verificou-se que os Enfermeiros mantêm distância dos familiares numa atitude de autoproteção.

Durante o período de observação ocorreu um fato que nos chamou a atenção. Já haviam sido realizadas 15 entrevistas e, sempre após a finalização dos encontros as transcrições eram realizadas e a análise minuciosa de cada entrevista era feita. A partir da entrevista 16 pude observar uma mudança gritante nos discursos dos Enfermeiros. Até o Enfermeiro 15, sempre que questionados acerca dos cuidados que eram prestados por eles ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos as respostas eram, por vezes, equivocadas, perdidas e inconsistentes. A partir do 16, percebi uma mudança nas respostas, que então demonstravam conhecimento técnico e segurança nos cuidados que estes deveriam prestar ao paciente em morte encefálica.

Em um determinado dia, um dos Enfermeiros que eu já havia entrevistado me informou que devido à minha pesquisa no CTI, e dos Enfermeiros estariam se sentindo incomodados por se conscientizarem de que não dominavam o conhecimento técnico para cuidar desse tipo de paciente. Estes se reuniram com a

coordenadora e a enfermeira da CIHDOTT e solicitaram um treinamento rápido que abordasse os cuidados específicos que esses pacientes exigiam.

É possível reconhecer que a pesquisa, ainda em fase de construção, proporcionou um momento de diálogo e levou os Enfermeiros a uma reflexão de sua prática, fazendo com que estes modificassem sua realidade, buscando adquirir conhecimento para garantir um cuidado mais seguro e efetivo. Os Enfermeiros atuantes no CTI referem crescimento profissional com as experiências de cuidado ao paciente em ME e admitem que houve mudanças na postura dos profissionais ao cuidar do potencial doador. Em conversa informal, os Enfermeiros da CIHDOTT destacaram que a equipe da UTI está mais comprometida com o cuidado desse paciente e associam esse avanço ao fato de eles terem buscado o conhecimento que estava lhes faltando a partir da pesquisa.

Ao se comparar o discurso dos Enfermeiros sobre sua prática junto ao paciente em ME e potencial doador de órgãos e tecidos e a prática observada, constata-se que há proximidade de um momento com outros, expondo as dificuldades desses profissionais em lidar com esse processo. As fragilidades no processo cuidar e lidar, cotidianamente, com as condições de morte e as implicações disso no processo de doação são visíveis na observação da prática, sendo reforçadas pelo discurso dos sujeitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a construção de conhecimento no tocante à assistência do Enfermeiro ao potencial doador de órgãos e tecidos e suas implicações no processo doação-transplante. As interfaces dessa prática foram elucidadas partindo-se dos discursos dos Enfermeiros e da observação sistemática da assistência a esse paciente.

Enfermeiros atuantes na Unidade de Terapia Intensiva e sujeitos deste estudo são profissionais jovens, do sexo feminino, recém-formados, casados, católicos, que possuem curso de especialização, porém, destes apenas um número reduzido possui especialização em terapia intensiva. Dos 30 Enfermeiros entrevistados, 27 relataram não possuir capacitação na área de transplante.

A análise da formação dos profissionais aponta que estes dispõem de conhecimento sobre a temática de doação e transplante de órgãos, porém, para quase totalidade dos profissionais, isto ocorre de forma parcial e na prática profissional.

Foi possível apreender que, os profissionais associam o significado de cuidado à sua participação no processo de doação dando ênfase ao cuidado técnico.

A percepção dos Enfermeiros acerca do processo de doação de órgãos está permeada por questões culturais, filosóficas, éticas e emocionais, relacionadas ao significado da morte; significado da doação de órgãos; dificuldades emocionais de lidar com o paciente e com a família.

O Enfermeiro considera-se que sua assistência importante no processo de doação/transplante, contribuindo para concretização da mesma, considerando a sua participação fundamental na manutenção hemodinâmica do potencial doador e na assistência adequada aos familiares. Estes cuidados podem possibilitar ao doador um fim digno e, à família, mais acolhimento e informação.

Os Enfermeiros da UTI referem que, para lidar com o paciente potencial doador de órgãos e tecidos tendem a incorporar o conhecimento científico ao cuidado deste ser, visando a oferecer uma assistência de qualidade. Enfatizam que se afastam do cuidado à família, principalmente na situação de morte encefálica,

mesmo reconhecendo que esta necessita de acolhimento diante das diversas reações que apresentam, tais como a negação, a revolta, o isolamento e o afastamento do paciente.

O reconhecimento da importância de construir uma relação de confiança entre a equipe e a família é apontado como fundamental para a doação. Consideram, ainda, que isto é conseguido com apoio, atenção e informação sobre o parente doente, embora nem sempre isso ocorra no cotidiano da prática de enfermagem.

Os Enfermeiros, ao descreverem sua prática dão destaque a alguns pontos: afirmam comprometer-se em manter a estabilidade do paciente em ME, no intuito de conservar as condições hemodinâmicas favoráveis ao transplante; destacam ser grande a preocupação ao cuidar deste tipo de paciente, sendo necessário estar alerta em todas as atividades; reconhecem que, para que este cuidado seja efetivo, é necessário dedicação, esforço, competência profissional e maturidade emocional; afirmam ser necessário continuar a estudar para prestar um melhor cuidado.

Ao avaliarem a sua prática, os Enfermeiros admitem que não possuem capacitação técnico-científica específica para cuidar de pacientes em ME, considerando não ser tarefa fácil lidar com este tipo de paciente; consideram, também, importante tratá-lo com dignidade e respeito, ter atitude profissional e estar “forte emocionalmente”. Relatam que proporcionam um cuidado de qualidade, desdobrando-se para assisti-lo em suas necessidades, principalmente, físicas. Admitem, ainda, que, durante o processo de cuidado desse paciente emergem sentimentos de tristeza, sofrimento e pesar, e que, ao mesmo tempo, se sente frustrado e triste ao perder um potencial doador. A possibilidade de salvar outras vidas com a doação de órgãos e tecidos deste paciente serve de estímulo ao profissional, minimizando o seu próprio sofrimento com a situação.

Pode-se apreender que existe um conflito de sentimentos ao cuidar de alguém em ME, uma vez que é um paciente que está morto, mas necessita de cuidados específicos e complexos, exigindo tempo e dedicação da equipe. Essa situação gera angústia, desgaste físico e emocional.

Com toda essa sobrecarga, o trabalho do Enfermeiro da UTI, junto ao potencial doador de órgãos e tecidos, exige do profissional competência técnica e equilíbrio emocional, condições, muitas vezes deficientes, notadamente no grupo pesquisado.

A falta de preparo específico, a inexperiência e a imaturidade emocional foram condições presentes na realidade estudada, refletindo, algumas vezes, em um cuidado negligenciado ao paciente e à sua família, além de atingir emocionalmente o profissional, interferindo em sua qualidade de vida.

Alguns dos entrevistados consideram ser de responsabilidade da CIHDOTT a atitude de fazer o que é necessário ao ser em ME, potencial doador, permanecendo na retaguarda, principalmente no lidar com a família.

Assistir esse tipo de paciente é tarefa complexa e exige a complementaridade de diversos profissionais da equipe de saúde. Porém, observa-se que muitas vezes esse cuidado acaba sendo deixado sob a responsabilidade da equipe da CIHDOTT, servindo como justificativa a negligência ou omissão na assistência prestada pelo Enfermeiro da UTI.

A insegurança quanto aos conhecimentos e habilidades técnicos e a vulnerabilidade emocional se expressam através da ansiedade, tristeza e angústia e evidenciam a necessidade de maior qualificação e de condições favoráveis ao acolhimento dessas demandas. O investimento nesse profissional certamente se reverteria em qualidade de trabalho e assistência.

Diante de um cenário de conflitos, dilemas e contradições, o Enfermeiro confere significados ao seu fazer, considerando ser um trabalho de extrema importância dentro do processo doação-transplante. O Enfermeiro intensivista entende que sua assistência é extremamente significativa, tendo relevância técnica e humanitária, tratando o ser em ME com dignidade e competência, condição que pode repercutir positivamente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.

O estudo possibilitou a aproximação da prática do Enfermeiro junto ao paciente em morte encefálica, potencial doador de órgãos e tecidos, analisando-se as interfaces entre a percepção do profissional sobre questões relacionadas a este tema, a atenção prestada a essa pessoa e a sua família e o processo de doação.

Assim, pode-se dizer que a assistência prestada pelo Enfermeiro ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos e a sua família remete a dilemas éticos e conflitos emocionais, condições que interferem no cuidado ao paciente em ME e sua família, tendo consequências no processo de doação/transplante.

Os instrumentos de pesquisa utilizados permitiram a apreensão dessa realidade ao aproximar a análise de uma prática complexa e multifacetada, desenvolvida em um ambiente tenso e sobrecarregado onde a dor, o sofrimento, a morte, a vida, a esperança, a insegurança e tantos outros sentimentos se misturam.

A riqueza do material produzido através das entrevistas com os Enfermeiros possibilita uma infinidade de aproximações e de análises, porém considera-se o processo de amadurecimento teórico-metodológico e o tempo acadêmico definido *a priori*, além da necessidade de maior afastamento do universo pesquisado.

Mesmo reconhecendo os limites deste estudo considera-se que se atingiu os objetivos propostos, dando voz ao profissional Enfermeiro da UTI e trazendo questões complexas que envolvem o seu cotidiano laboral junto ao paciente em morte encefálica e a sua família. Os elementos aqui trabalhados oferecem subsídios para se refletir sobre a prática, não só do Enfermeiro, mas também de toda a equipe de saúde, uma vez que a complexidade do trabalho junto a essa clientela demanda muitos conhecimentos, competências e habilidades.

Por fim, constou-se, neste estudo, a importância da capacitação dos Enfermeiros que atuam na assistência ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos e a necessidade de uma melhor qualificação técnico-científica destes profissionais, além de necessitarem de suporte emocional, o que poderia repercutir, favoravelmente, no processo doação/transplante.

A partir dos achados desta pesquisa espera-se contribuir com a reflexão sobre a prática do Enfermeiro junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos. Espera-se, ainda, continuar ampliando os conhecimentos sobre a temática e promover a socialização do produzido neste estudo através da divulgação em vários espaços e mídias especializados.

REFERÊNCIAS

ABREU SANTOS, A. L. G.; MOURA DA SILVA, A. A.; SANTOS, R. F. Estimativa do número potencial de doadores cadavéricos e da disponibilidade de órgãos e tecidos para transplantes em uma Capital do Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 28. p. 25-30. 2006.

AFONSO, R. C.; BUTTORS, D. A. B.; SAKABE, D.; PARANHOS, G. C.; GARCIA, L. M. C.; RESENDE, M. B.; FERRAZ NETO, B. H. Future doctors and brain death: what is the prognosis. **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 36, n. 4, p. 816-817, 2004.

ALARCON, L. M.; RIOS, A.; LOPES, M. J. et al. Donursing students understand the meaning of brain death? **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 41, n. 6, p. 2060-2063, 2009.

AMBROSINA, M.; REGINA F. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem de UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 44-57, 2011.

ARAÚJO, F. N. A.; SILVA, L. M. S. Avaliação das políticas de transplante de órgãos e tecidos no estado do Ceará. **Revista do Mestrado Profissional em Planejamento em Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 90-122, 2011.

ARAÚJO, M. N. **Conflitos éticos de Enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. 2012. Dissertação (Mestrado)--Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem. São Paulo, 2012.

ARAÚJO, S.; CINTRA, E. A.; BACHEGA, E. B. Manutenção do potencial doador de órgãos. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 443-456.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS – ABTO. Dados globais da atividade de captação de órgãos por estado no ano de 2012. **Registro Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 28-29, 2012.

_____. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgão e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de São Paulo**. São Paulo: ABTO, 2009.

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 16, n.4, jan./dez. 2010.

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 15, n. 3, jan./set. 2009.

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 18, n. 3, jan./set. 2012.

BACHEGA, E. B. et al. Abordagem dos familiar e s. In: FERREIRA, U. (Coord.).
Captação de órgãos para transplante. Campinas: Tecla Tipo, 2005.

BARBER, K.; FALVEY, S.; HAMILTON, C.; COLLETT, D.; RUDGE, C. Potential for organ donation in the United Kingdom: audit of intensive care records. **British Medical Journal**, London, v. 322, n. 7550, p. 1124-1127, 2006.

BARCELLOS, F. C.; ARAUJO, C. L.; DA COSTA, J. D. Organ donation: a population based study. **Clinical Transplantation**, Copenhagen, v. 19, n.1, p. 33-37, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do Enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 856-891, 2000.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 99-104, 2005.

BENDASSOLLI, P. F. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. **Psicologia: Reflexão e Critica**, Porto Alegre, v. 14, n.1, 2001.

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto &Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 89-96, 2007.

BOUSSO, R. S. processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto &Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 45-54, 2008.

_____. **Um tempo para chorar**: a família dando sentido à morte prematura do filho. 2006. Tese [Livre-docência] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988**. São Paulo: Atlas, 1991.

BRASIL. **Decreto n. 2.268**. Regulamenta a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 de julho. de 1997. p. 13739 - 42.

BRASIL. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, 2001 mar. 24. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03LEIS/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 5 mar 2011.

BRASIL. **Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 fev. 1997a. Seção 1, p. 2191. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9434.htm>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. 2002 Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>> Acesso em: 5 mar. 2011

_____. **Portaria GM 905, de 16 de agosto de 2000**. Estabelecer a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplantes. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm#>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. **Portaria nº 1.262/GM de 06 de junho de 2006**. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/Portaria%201262%20de%2016%20de%20junho%20de%202006.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. **Portaria n. 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005.** Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Disponível em: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. **Portaria n. 2.600/GM de 21 de outubro de 2009.** Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. Portaria/SAS/MS n. 96, de 28 de julho de 1993. Estabelece as normas de credenciamento dos Hospitais que realizam transplantes para o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n. 145, de 2 de agosto de 1993.

_____. **Resolução n. 196/96-versão 2012/Conselho Nacional de Saúde, de 23 de outubro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ver_sao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria/SAS/MS n. 96, de 28 de julho de 1993. Estabelece as normas de credenciamento dos Hospitais que realizam transplantes para o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n. 145 de 2 de agosto de 1993 .

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília, 2002.

BRASIL. Sistema Nacional de Transplantes. **Dados estatísticos, 2012.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/index_gestor.htm>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BYRNE, B. Qualitative interviewing. In: SEALE, C. (Ed.). **Researching society and culture.** 2. ed. London: Sage, 2004.

CAMPOS, H. H. **Aumento do número de transplantes e da doação de órgãos e tecidos:** processo de construção coletiva. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2001. Disponível em: <http://ww.abto.org.br/profissionais/biblioteca/textos_transplante1.htm>. Acesso em: 10 dez. 2012.

CANTAROVICH, F. Influence of socioeconomic and ethical factors on people behavior regarding the use of cadaveric organs. **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 37, n. 2, p. 539-542, 2005.

CARVALHO, D. V. et al. Enfermagem em setor fechado estresse ocupacional. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 290-294, abr./ jun. 2004.

CASTELLANA, T. P.; BURRHALLO, N. M.; GOZALO, R. M. G. et al. Health care professionals: What do they know about organ donation? **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 18, n. 2, p. 141-145, jun. 2008.

CINQUE, V. M. **Fatores de stress vivenciados pelos familiares pelo processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes**. 2008 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

CLEIREN, M. P.; VAN ZOELLEN, A. A. Post- mortem organ donation and grief: a study of consent, refusal and well-being in bereavement. **Death Studies**, Washington, v. 26, n. 10, p. 837-849, 2002.

COELHO, J. C. U.; CILIÃO, C.; PAROLIN, M. B.; FREITAS, A. C. T.; GAMA FILHO, O. P.; SAAD, D. T.; PISTORI, R. P.; MARTONE, D. Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 421-425, 2007.

COELHO, J. C. U.; WIEDERKEHR, J. C.; LACERDA, M. A.; CAMPOS, A. C. L.; ZENI NETO, C.; MATIAS, J. E. F.; CAMPOS, G. M. R. Custo do transplante hepático no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 53-57. 1997.

COIMBRA, A. et al. Percepção do Enfermeiro perante a morte cerebral e a doação de órgãos. **Sinais Vitais**, n. 5, p. 35-38, nov. 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Critérios do diagnóstico de morte encefálica**. Brasília, 2011.

COSTA, A. N.; CASTELLVI, J. M. S.; SPAGNOLO, A. G. et al. A colloquium on the congress "A gift for life" Considerations on Organ Donation. **Transplantation**, Baltimore, v. 88, n. 7 supl., p. 108-158, 2009.

D'IMPERIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19 n. 1, p. 74-84, jan./ mar. 2007.

DUARTE, P. S.; PERICOCCO, S.; MIYAZAKI, M. C.; RAMALHO, H. J.; ABBUD-FILHO, M. Brazilians attitudes toward organ donation and transplantation. **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 34, n. 2, p. 458-9, 2002.

FERNANDES, M. F. P.; FUJIMORI, M.; KOIZUMI, M. S. Estudo sobre as

intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 102-108, maio/jun. 1984.

FLODÉN, A.; FORSBERG, A. A phenomenographic study of ICU-nurses` perceptions of and attitudes to organ donation and care of potencial donors. **Intensive and Critical Care Nursing**, Bethesda, v. 25, n. 6, p. 306-313, dez. 2009.

FONSECA, M. A. A.; CARVALHO, A. M. Fragmentos da vida: representações sociais e doação de órgãos para transplantes. **Interações**, Campo Grande, v. 10, n. 20, p. 85-108, 2005.

FONTANELA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, 2008.

GALVAO, F. H. F.; CAIRES, R. A.; AZEVEDO NETO, E. S.; MORY, E. K.; FIGUEIRA, E. R. R.; OTSUZI, E. S.; BACCHELLA, T.; MACHADO, M. C. C. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos. **Revista da Associação Medica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n.5, p. 401-406, 2009.

GARCIA, V. D. A política de transplantes no Brasil. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 50, n. 4, p. 313-320, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GLEZER, M. Morte encefalica. **Einstein**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 52-54, 2004.

GOMES, A. M. Conceito do cuidado intensivo. In: GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2008. p. 3-5.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Nacional, 1979.

GOZ, F.; GOZ, M.; ERKAN, M. Knowledge and attitudes of medical, nursing, dentistry and health technician students towards organ donation: a pilot study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 11, p. 1371-1375, nov. 2006.

GUARINO, A. J. **Stress e captação de órgãos**: uma realidade vivenciada pelos Enfermeiros. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; São Paulo. 2005.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 91-7, 2008.

GUIDO, L. A.; LINCH, G. F. C.; ANDOLHE, R.; CONEGATTO, C. C.; TONINI C. C. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1023-1029, nov./dez. 2009.

HELLER, A.O **cotidiano e a história**. SãoPaulo: PazeTerra, 2000.

HOLLOWAY, I.; WHEELER. S. **Qualitative research in nursing**. 2. ed. Oxford: John Wiley, 2002.

HUDACK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS. **Health care at crossroads: strategies for narrowing the organ donation gap and protecting patients**. Washington DC: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004.

LAGO, P. M.; PIVA, J.; GARCIA, P. C. et al., Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 133-140, 2007.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer; 1984.

LEITE, R. C. C. **Transplante de órgãos e tecidos: os direitos da personalidade**. Rio de Janeiro: Juarez de Oliveira, 2000.

LEMES, M. M. D. D.; BASTOS, M. A. R. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 986-991, 2007.

_____. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem on line**, São Paulo, v. 17, n. 6, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a15.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 986-991, set./out. 2007.

LIMA, A. A. F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 27-33, 2012.

_____. Vulnerabilidade dos profissionais de saúde no processo de doação de

órgãos para transplante. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Idéias e Letras, 2007. p. 347-355.

LIMA, A. A. F.; SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para Enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. **Enfermeria Global**, Murcia, n. 15, 2009.

LIMA, C. Do conceito ao diagnóstico de morte: controversias e dilemas éticos. Artigos originais. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, Lisboa, v. 12, n. 1, p. 6-19, mar. 2005.

LOPES, A. D.; MAGALHÃES, N. Muito além da cirurgia. **Veja**, São Paulo, v. 42 n. 14, p.102-112, abr. 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARINHO, A. A study on organ transplantation waiting lines in Brazil's Unified National Health System. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, 2006.

MARTINI, M.; FERNANDES, M. F.O.; MARTINS, S. A.; GUERINO, S. R.; NOGUEIRA, G. P. O papel do Enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 6, n. 18, p. 34-47, 2008.

MAURO, M. Y. C.; MUZI, C. D.; GUIMARÃES, R. M.; MAURO, C. C. C. Riscos ocupacionais em saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 12, p. 338-345, 2004.

MENDES-SASSO, H. D.; CURVO, P. A.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Organ donation: acceptance and refusal among users of the public health system from Brazil. **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 40, n. 3, p. 660-662, 2008.

MINAYO, M. C. S **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTEIRO, M. A. A.; BARBOSA, R. C. M.; BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, A. K. B. Dilemas éticos vivenciados por Enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1054-1059, nov./dez. 2008

MORAES, B. N.; BAGAL, F.; TEIXEIRA, M. C. T. V. et al. Behavior profile of family members of donors and nondonors of organs. **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 41, n. 3, p. 799-801, 2009.

MORAES, E. L.; CARNEIRO, A. R.; ARAÚJO, M. N.; SANTOS, F. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 419-426, 2011.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 458-464, maio-jun. 2008.

_____. Recusa de doação de órgãos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 131-135, 2009.

NOGUEIRA, E. C.; PEREIRA, C. U. Potencial para obtenção de órgãos em um hospital de urgência em Sergipe. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 10, p. 756-761, 2007. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2007/3.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

NOTHEN, R. R. A doação de órgãos no cenário de terapia intensiva. In: ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **PROAMI**: Programa de Atualização em Medicina Intensiva. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007. p. 55-153.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-310, 2007.

PEREIRA, W. A. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2010.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2000.

PESTANA, A. L. **Desvelando relações e interações múltiplas do ser Enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica na unidade de terapia intensiva**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2011.

PORTO ALEGRE. Secretaria da Saúde (RS). **Central de transplantes**: estatísticas. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/lista/114/Transplantes>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

RECH, T. H.; RODRIGUES FILHO, E. M. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 197-204, abr./jun., 2007.

RIOS, A.; CASCALES, P.; MARTINEZ, L.; RAMIREZ, P.; SANCHEZ, J.; JARVIS, N.; PARRILA, P. Attitude of Scottish residents living in southeastern Spain toward organ donation. **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 40, n. 9, p. 2867-2871, nov. 2008.

RIOS, A.; RAMIREZ, P.; MARTINEZ, L.; MONTOYA, M. J.; LUCAS, D.; ALCARAZ, J.; RODRÍGUEZ, M. M.; RODRÍGUEZ, J. M.; PARRILLA, P. Are personal in transplant hospitals in favor of cadaveric organ donation? Multivariate attitudinal study in a hospital with solid organ transplant program. **Clinical Transplantation**, Copenhagen, v. 20, n. 6, p. 743-754, Nov-Dec. 2006.

RODRIGUES, M. V. C. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2004.

ROZA, B. A.; PELIZZETTI, N. Posicionamento de Enfermeiros e médicos quanto a Lei dos transplantes de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 26-31, 2000.

SADALA, M. L. A. **Doação de órgãos**: a experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores. São Paulo: Unesp, 2004.

SANTOS, A. L. G. A.; SILVA, A. A. M.; SANTOS, R. F. Estimativa do número potencial de doadores cadavéricos e da disponibilidade de órgãos e tecidos para transplantes em uma Capital do Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 28, p. 25-30, 2006.

SANTOS, A. L. Direitos e dúvidas postos pelas decisões de tratar e de não tratar. In: CENTRO DE ESTUDO DE BIOÉTICA (CEB). **Bem da pessoa e bem comum**: um desafio à bioética. Coimbra, 1998.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: D&PA, 1999.

SANTOS, M. J. **Entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplante**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. Processo de doação de órgãos: percepção

de familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 382-387, 2005.

SESMA, A. M.; OLLO, M. Z. Cuidados de enfermagem em el mantenimiento del donante potencial de órganos em muerte encefálica. **Enfermería Intensiva**, Madrid, v. 12, n. 1, p. 10-20, enero, 2001.

SHABANZADEH, A. P.; SADR, S. S.; GHAFARI A, N. B. H.; TOUSHIH, M. Organ and tissue donation knowledge among intensive care unit nurses. **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 51, n. 5, p. 1480-1482, 2009.

SHEIN, A. E.; CARVALHO, P. R. A.; ROCHA, T. S.; Guedes, R. R.; MOSCHETTI, L.; LA SALVIA, J. C.; LA SALVIA, P. C. Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 144-148, 2008.

SIMINOFF, L.; GORDON, N.; HEWLETT, J.; ARNOLD, R. Factors influencing families consent for donation of solid organs for transplantation. **Jama**, Chicago, v. 286, p. 71-77, 2001

SIMINOFF, L.; MERCER, M. B.; GRAHAM, G.; BURANT, C. The reasons families donate organs for transplantation: implications for policy and practice. **The Journal of Trauma**, Baltimore, v. 62, n. 4, p. 969-978, 2007.

SIMÕES, J.; AMÂNCIO, L. Gênero de enfermagem e um estudo sobre a minoria masculina. **Sociologia Problemas e Práticas**. Lisboa, v.44, p.71-82, 2004.

SIMPKIN, A. L.; ROBERTSON, L. C.; BARBER, V. S.; YOUNG, J. D. Modifiable factors influencing relative's decision to offer organ donation: systematic review. **British Medical Journal**, London, v. 338, p. b991, apr. 2009.

SOUZA, S. S.; BORENSTEIN, M. S.; SILVA, D. M. G. V. ; SILVA, S. S.; CARVALHO, J. B. Situações de estresse vivenciadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos. **Revista de Pesquisa. Cuidado é Fundamental. online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 42-52, jul./set. 2013.

SOUZA, S. S.; BORENSTEIN, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; CARVALHO, J. B.; Estratégias de enfrentamento da enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p.92-100, 2013.

SQUE, M.; LONG, T.; PAYNE, S. Organ donation: key factors influencing families decision- making. **Transplantation Proceedings**, Orlando, v. 37, n. 2, p.543-546, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

VARGAS, M. A.; RAMOS, F. R. S. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.1, p. 137-145, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2005.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

| Observador | Data da observação | Período de tempo da observação |
|------------|--------------------|--------------------------------|
| | | |

| Disponibilidade de recursos na UTI | | |
|------------------------------------|---------|----------|
| Quantidade | Humanos | Material |
| Insuficiente | | |
| Suficiente | | |

| Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na UTI |
|---|
| |

| Identificação do possível doador de órgãos e tecidos | | |
|--|-----|-------------------------|
| Efetua a identificação do paciente potencial doador | | Formas de identificação |
| Sim | Não | |
| | | |

| Participação na abertura do protocolo de confirmação de morte encefálica | | |
|--|-----|---------|
| Participa | | Postura |
| Sim | Não | |
| | | |

| Notificação compulsória da morte encefálica | | |
|---|-----|---------|
| Comunica à Central de Transplante | | Postura |
| Sim | Não | |
| | | |

| Cuidados prestados ao paciente em morte encefálica |
|--|
| |

| Relacionamento com a família do potencial doador de órgãos e tecidos | | |
|--|-----|---------|
| Acolhe a família | | Postura |
| Sim | Não | |
| | | |

| Entraves na assistência ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos | | | |
|--|--|----------|-------------|
| Tipos de entrave | Impacto no processo doação-transplante | | |
| | Notificação | Captação | Transplante |
| | | | |

**APÊNDICE B-QUESTIONÁRIO PARA SER APLICADO AOS ENFERMEIROS DO
CTI DE UM HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZACE**

INFORMAÇÕES SOBRE O ENFERMEIRO DO CTI

I - Características sócio-demográficas:

Identificação: _____

Idade: ____

Sexo: _____

Situação conjugal: _____

Religião: _____

Profissão: _____

Renda mensal: _____

II – Informações acerca da formação profissional e experiência prática em terapia intensiva:

Tempo de formação: _____

Pós-graduação: _____

Área(s) de Pós-graduação: _____

Formação na área de transplante: () Não () Sim. Qual?

Tempo no CTI: _____

Formação Específica em Terapia Intensiva:

- Local: _____ Período: _____

Regime de trabalho na instituição: _____

Horas de trabalho semanal: _____

APÊNDICE C – PERGUNTAS NORTEADORAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS DO CTI

1. Como você concebe a doação de órgãos e tecidos?
2. Como é o seu cotidiano no cuidado a pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos?
3. Como você percebe sua prática profissional de Enfermeiro junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos?
4. Você considera que há diferença no cuidado prestado ao paciente em morte encefálica e os outros pacientes que se encontram internados no CTI? Se sim, quais são essas diferenças?
5. Que implicações a sua prática junto ao paciente em morte encefálica tem para a concretização do processo doação-transplante?
6. Você deseja acrescentar algo?

**APÊNDICE D - CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO AO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA-HGF**

Fortaleza, ___de ____ de 2013.

ATT: _____

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HGF.

Eu, Layana de Paula Cavalcante, RG: 20010020383098, Enfermeira, responsável pelo projeto intitulado: “**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE**”, sob a orientação da Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga, encaminho este projeto de pesquisa para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição.

Este projeto tem por objetivo analisar a prática do Enfermeiro da UTI junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos. Será desenvolvido no Centro de Terapia Intensiva, por meio da realização de entrevista e observação sistemática da assistência dos Enfermeiros.

Declaro ter ciência das responsabilidades no desenvolvimento da pesquisa dentro da estrutura prevista no projeto, assumindo o compromisso de respeitar os aspectos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e cumprir os procedimentos necessários junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do HGF.

Solicito apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa para realização da pesquisa. Nas situações em que haja parecer desfavorável ou pendências, comprometo-me a fazer as correções e alterações necessárias e retornar o projeto ao CEP.

Declaro ter ciência de que os relatores, a presidência do Comitê e, eventualmente, a CONEP, terão acesso a este protocolo em sua versão original e que esse acesso será utilizado exclusivamente para a avaliação ética.

Layana de Paula Cavalcante
Pesquisadora principal

Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga
Orientadora

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Sr (a):

Eu, Layana de Paula Cavalcante, Enfermeira, convido você para participar do projeto de pesquisa intitulado: “**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE**”, que tem por objetivo analisar a prática do Enfermeiro da UTI junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos.

A pesquisa será realizada com os Enfermeiros atuantes no Centro de Terapia Intensiva. Se aceitar participar, será realizada uma entrevista que será gravada, mediante autorização, com perguntas acerca do seu cotidiano profissional no cuidado ao paciente potencial doador de órgãos. Informo ainda, que:

✓ Será garantido a confidencialidade e o anonimato quanto a sua identidade e as informações prestadas. Não será divulgado seu nome, nem qualquer informação que possa identifica-lo (a); a gravação de sua fala não será exposta em nenhum lugar que evidencie sua identidade.

✓ Considerando que a observação da prática profissional e da gravação das entrevistas poderá ocasionar algum risco aos participantes, a pesquisadora compromete-se a minimizar esses riscos, garantindo a integridade física, moral, psicológica, entre outros;

✓ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento das pesquisas científicas e para a melhoria da assistência;

✓ Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo para seu tratamento na Instituição;

✓ As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

✓ Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

✓ Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação;

✓ Me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa;

✓ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HGF – Rua. Ávila Goulart, 900 - Papicu, Fortaleza/Ce . CEP: 60.175-295; Contato pesquisadora responsável: 92398506 .

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e, se você concordar em participar, solicitamos que assine no espaço abaixo.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

**APÊNDICE F - TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO ONDE
SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, _____, coordenador(a) do Centro de Terapia Intensiva – CTI, conheço o protocolo de pesquisa intitulado: **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ORGÃOS: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE**, desenvolvido pela enfermeira Layana de Paula Cavalcante, sob orientação das profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste serviço.

Fortaleza, ____ de _____ de 2013.

Sônia Maria Campos Câmara

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, CPF _____, declaro que, após receber os esclarecimentos descritos acima e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da pesquisa intitulada: **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ORGÃOS: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE”**.

Fortaleza, de _____ de 2013.

Endereço das Responsáveis pela pesquisa:

Nome: Layana de Paula Cavalcante e Violante Augusta Batista Braga.

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Endereço: Av. Dr. Stênio Gomes, 1400. Cd. Colinas, casa 267. Parque Iracema. Maranguape-CE.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma dúvida ou sugestão sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HGF – R. Ávila Goulart, 900 – Papicu. Fortaleza – CE, 60175-295. Contato pesquisadora responsável: 92398506

**APÊNDICE H - TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELA COMISSÃO
INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA
TRANSPLANTE (CIHDOTT) DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF**

Eu, _____, coordenador(a) da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) do Hospital Geral de Fortaleza - HGF, conheço o protocolo de pesquisa intitulado: **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE**, desenvolvido pela enfermeira Layana de Paula Cavalcante, sob orientação das profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga. Tendo conhecimento dos seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, me comprometo a colaborar com a pesquisa entrando em contato com a pesquisadora sempre que for detectado um paciente possível ou potencial doador de órgãos no Centro de Terapia Intensiva – CTI do Hospital Geral de Fortaleza – HGF, permitindo que a observação sistemática da assistência prestada pelo Enfermeiro intensivista a esse paciente seja realizada pela pesquisadora responsável.

Fortaleza, ____ de _____ de 2013.

Márcia Maria Vitorino Sampaio Passos

Conseqüentemente, este diagnóstico não é afastado através da presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular), tais como: reflexos osteolondinosos (reflexos profundos), cutâneos-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2. Prova Calórica

2.1 – Deve-se certificar que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte a correta realização do exame.

2.2 – Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc), em torno de 0°C em cada ouvido.

2.3 – Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 – Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 – Teste da Apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se elevar a $p\text{CO}_2$ até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 – Manter o paciente no respirador com Fi O_2 a 100%, por 10 minutos.

3.2 – Desconectar o tubo do respirador.

3.3 – Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 – Observar o surgimento de movimentos respiratórios por 10 minutos, ou até atingir $p\text{CO}_2 = 55$ mmHg.

4 –O exame clínico deve ser acompanhado de um exame complementar, que demonstre a ausência de circulação sanguínea intracraniana, atividade elétrica ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 a 6), com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 – Em pacientes com dois anos ou mais, fazer 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 – Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 – Atividade elétrica: eletroencefalograma

5.3 – Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 – Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 – De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma, são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.3 – De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos); dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas.

7 – Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434, art. 13).

ANEXO B - PARECE COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS:
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE

Pesquisador: LAYANA DE PAULA CAVALCANTE

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 15176713.8.0000.5040

Instituição Proponente: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 376.423

Data da Relatoria: 26/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica, com abordagem qualitativa que será realizada mediante entrevista com os enfermeiros que trabalham na CTI de um hospital público estadual em Fortaleza -CE, sobre a manutenção de um potencial doador de órgãos e tecidos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a prática do enfermeiro da UTI junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Considerando que a observação da prática profissional e da gravação das entrevistas poderá ocasionar algum risco aos participantes de ordem física, moral e psicológica.

Benefícios: A partir da análise da prática do enfermeiro da UTI junto ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos, será possível conhecer melhor esse universo e favorecer a reflexão e transformação de tão importante prática profissional. Identificar elementos do processo de trabalho do enfermeiro da UTI junto ao paciente potencial doador de órgão poderá ser uma importante contribuição para ampliação da disponibilização de órgão e tecidos para doação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Rua Avila Coultart, nº 900
Bairro: Papióli CEP: 60.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3165 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 378.423

Pesquisa relevante, factível de grande importância para o contexto de doação de órgãos e tecidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisador atendeu as recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

FORTALEZA, 29 de Agosto de 2013

Assinado por:
Ilviana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Pópulo CEP: 80.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br