

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UNOCHAPECÓ
E ASSOCIADAS**

SILVIA SILVA DE SOUZA

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA ENFERMAGEM
NO CUIDADO AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

S729e Souza, Silvia Silva

Estratégias de enfrentamento da enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos [dissertação] / Silvia Silva Souza ; orientadora, Miriam Süsskind Borenstein. - Florianópolis, SC, 2010.
98 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Equipe de enfermagem. 3. Enfrentamento. 4. Doação de órgãos, tecidos, etc.. I. Borenstein, Miriam Süsskind. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

SILVIA SILVA DE SOUZA

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA ENFERMAGEM
NO CUIDADO AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Modalidade Interinstitucional UFSC/Unochapecó e Associadas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2010**

SILVIA SILVA DE SOUZA

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA
ENFERMAGEM NO CUIDADO DO POTENCIAL DOADOR
DE ÓRGÃOS**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

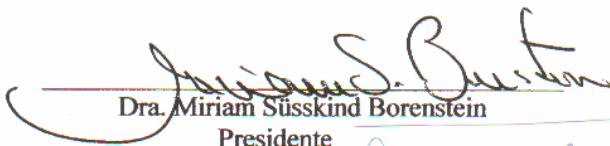
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

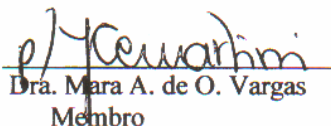


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

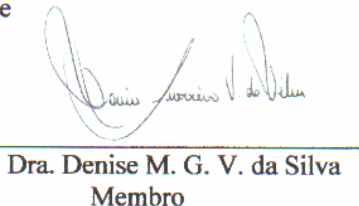
Banca Examinadora:



Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Presidente



Dra. Mara A. de O. Vargas
Membro



Dra. Denise M. G. V. da Silva
Membro

Dedico este trabalho

Aos meus pais, que me deram a vida, me ensinaram a persistir em meus sonhos para alcançar meus objetivos.

Em especial, ao meu companheiro Natanael, pelo incentivo, amor, companheirismo.

Aos meus irmãos, Tatiana e Diego, pelo apoio, incentivo e amor.

A minha filha Manuela, que aguardamos com todo amor e alegria.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, por estar ao meu lado dando forças frente aos obstáculos;

Aos membros da equipe de enfermagem que participaram do estudo, sem eles nada disso seria possível;

A meu companheiro Natanael, pelo apoio, compreensão nas minhas ausências e apoio em todos os momentos desta caminhada;

A meus familiares, pais irmãos pelo incentivo;

A minha amiga e irmã Márcia, por apoiar meus sonhos;

A minha colega Tânia, por ajudar a dividir os momentos de angústia e incertezas, alegrias, oferecendo apoio em todas as horas;

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PEN), pela oportunidade de obter o título de mestre e também aos professores e funcionários do programa;

A orientadora Dra. Miriam Süsskind Borenstein, que me acolheu com carinho e me orientou com competência, dedicação, tornando, possível a realização deste trabalho. A ela meu respeito, admiração e meu eterno agradecimento;

Ao Hospital Regional por oportunizar a realização deste trabalho.

SOUZA, Sílvia Silva. **Estratégias de enfrentamento da enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos**. 2010. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, descritiva, cujo objetivo foi compreender as estratégias de enfrentamento que os membros da equipe de enfermagem de uma UTI, utilizam frente às situações vivenciadas ao cuidar de um potencial doador e familiar na captação de órgãos. O contexto do estudo foi a UTI de um hospital Geral Regional do Oeste de Santa Catarina. Os sujeitos da pesquisa foram treze técnicos de enfermagem e um enfermeiro, que trabalham na UTI desse hospital. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro pré-estabelecido. O período da coleta de dados foi de setembro a outubro de 2009. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin, tendo como referencial teórico a Teoria de Enfrentamento de Lazarus e Folkman. Após a análise dos dados foram identificadas as situações geradoras de estresse, sendo: ameaça (identificação com a situação, medo da morte, dúvida sobre a morte encefálica); prejuízo/perda (fracasso como profissional, interrupção da vida de forma precoce) desafio (pouco conhecimento sobre o tema, prestar cuidado ao potencial doador). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem: estratégias focadas na emoção; estratégias focadas no problema. Ainda foi observada a percepção da equipe de enfermagem quanto à doação de órgãos. Os resultados dessa dissertação permitem afirmar: a) que a equipe de enfermagem geralmente sofre muito durante sua atuação junto ao potencial doador e seus familiares, enfrentando situações de estresse e procura encontrar estratégias para reduzir esse sofrimento e facilitar sua atuação; b) a equipe de enfermagem não tem uma formação acadêmica que a capacite para o processo de captação de órgãos; c) a doação de órgãos faz com que o ser humano reflita sobre

temas que muitas vezes são difíceis e sofridos como a morte, a perda e a necessidade de ser solidário com o sofrimento do outro. Finalmente, há necessidade de preparar a equipe de enfermagem para o processo do cuidado ao potencial doador e sobre a doação de órgãos.

Palavras-chaves: Enfermagem, equipe de enfermagem, enfrentamento, doação de órgãos.

SOUZA, Silvia Silva. **Facing strategies from nursing in care of potential organ donor**. 2010. 98 pages. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Post Graduation Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Research guide: Doctor Miriam Süsskinhd Borenstein
Research Line: History in Nursing and Health

ABSTRACT

It is a qualitative, exploratory, and descriptive research which aim was to comprehend the facing strategies that the Intensive Care staff members used towards the situations gone through when in care of a potential donor and his family on the organ captivation. The study context was the Intensive Care of a hospital General Regional in the west of Santa Catarina. The people from the research were 13 nursing technicians and a nurse who worked in the Intensive Care in that hospital. In order to assess the data were held semi structured interviews following a pre-established schedule. The period for the data assessment was from September to October 2009. The data was analyzed according to the content of Bardin, having as a theoretical referential the Facing Theory of Lazarus and Folkman. After the data analysis it was identified the situations that caused stress, as being: threat (identification to the situation, death fear doubt about encephalic death); damage/ loss (collapse as a professional, premature life interruption) challenge (low knowledge about the subject, pay attention to the potential donor). Facing strategies used by the nursing staff: strategies focused on emotion, strategies focused on the problem. Awareness from the nursing staff towards the organ donation. The dissertation results let us assert that: a) the nursing staff usually suffers a lot facing stress situations and tries to fins strategies to soften this suffering and its acting easier; b) the nursing staff does not have an academic graduation which makes them able to work on the organ captivation process; c) the organ donation makes the human being reflect about subjects that most of the times are difficult and long-suffering as the death, the loss, and the need to be sympathetic to the suffering from the other. Finally, there is the need to prepare the nursing staff to the process of care to the potential donor as well as to the organ donation.

Key words: Nursing; nursing staff, facing, organ donation.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa exploratoria y descriptiva, cuyo objetivo ha sido comprender las estrategias de enfrentamiento que los miembros del equipo de enfermería de una UTI, utilizan ante las situaciones vividas al cuidar a un potencial donador y familiar en la captación de órganos. El contexto del estudio ha sido la UTI de un hospital Geral Regional del Oeste de Santa Catarina. Los sujetos de la investigación han sido trece técnicos de enfermería y un enfermero, que trabajan en la UTI de ese hospital. Para la colecta de los datos han sido realizadas entrevistas semiestructuradas, siguiendo un plan preestablecido. El período de la colecta de datos fue de septiembre a octubre de 2009. Los datos han sido analizados según el análisis de contenido de Bardin, teniendo como referencia teórica la Teoría del Enfrentamiento de Lazarus y Folkman. Después del análisis de los datos, han sido identificadas las situaciones generadoras de estrés, siendo estas: amenaza (identificación con la situación, miedo a la muerte, dudas sobre la muerte encefálica); perjuicio/pérdida (fracaso como profesional, interrupción de la vida de forma precoz) desafío (poco conocimiento sobre el tema, prestar cuidados al potencial donador). Estrategias de enfrentamiento utilizadas por el equipo de enfermería: estrategias centradas en la emoción; estrategias centradas en el problema. Percepción del equipo de enfermería ante la donación de órganos. Los resultados de esta disertación permiten afirmar: a) que el equipo de enfermería generalmente sufre mucho durante su actuación con el potencial donador y sus familiares, enfrenta situaciones de estrés y busca encontrar estrategias para reducir ese sufrimiento y facilitar su actuación; b) el equipo de enfermería no tiene una formación académica que lo capacite para el proceso de captación de órganos; c) la donación de órganos hace que el ser humano reflexione sobre temas que muchas veces son difíciles y causan sufrimiento como la muerte, la pérdida y la necesidad de ser solidario con el sufrimiento del otro. Finalmente, existe la necesidad de preparar al equipo de enfermería para el proceso de cuidado al potencial donador y sobre la donación de órganos.

Palabras-claves: Enfermería, equipo de enfermería, enfrentamiento, donación de órganos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de processamento de stress e <i>coping</i>.	49
----------------------------------------------------------------------------	-----------

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
INTRODUÇÃO.....	14
1.1 OBJETIVOS	21
1.1.1 Objetivo geral.....	21
1.1.2 Objetivos específicos	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 OS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS	22
2.2 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	24
2.3 A EQUIPE DE ENFERMAGEM, O CUIDADO E O ESTRESSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	30
2.4 MORTE.....	34
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
3.1 ESTRESSE.....	39
3.2 ENFRENTAMENTO.....	40
3.3 ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	43
4 METODOLOGIA	50
4.1 TIPO DE PESQUISA	50
4.2 LOCAL DA PESQUISA	50
4.3 O CENÁRIO DA UTI.....	51
4.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	53
4.5 COLETA DE DADOS	54
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	55
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	55
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
5.2 SITUAÇÕES GERADORAS DE ESTRESSE	57
5.2.1 Ameaça.....	58
5.2.2 Prejuízo/perda	65
5.2.3 Desafio.....	67
5.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM	69
5.3.1 Estratégias focadas na emoção.....	70
5.3.2 Estratégias focadas no problema	78
5.4 PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	82

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES.....	94

INTRODUÇÃO

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 á 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 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, sua história é marcada por anos de pesquisas, e a 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 este desperta na sociedade. (PEREIRA, 2000; FONSECA, CARVALHO, 2005; GUETTI; MARQUES, 2008).

No Brasil, o processo de doação de órgãos é regulamentado pela lei nº 10211 de 23 de março de 2001, que, dentre outras coisas, permite a distribuição de órgãos e tecidos, de forma gratuita, em vida ou post mortem, para fins de transplante. A retirada post mortem deve ocorrer mediante realização da confirmação de morte encefálica (ME), e posterior autorização familiar (BRASIL, 2001).

Segundo a Portaria Ministerial nº 905, de 16 de agosto de 2000¹, 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 agilidade da confirmação de ME, a abordagem familiar do doador, a organização da retirada e do transporte dos órgãos, e a devolução do corpo á família.

Com o intuito de aumentar o número de processos de captação efetivados, foi promulgada a Portaria nº1. 752/GM², de 23 de setembro de 2005, que determina a constituição de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos

¹ Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ag;2000. Seção 1, p.119.

² Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2005. Seção 1, p. 54.

com mais de 80 leitos.

A doação de órgãos, como dito anteriormente, ocorre a partir do processo de captação e doação de órgãos para transplantes. Caracteriza-se como uma das atividades complexas, implementadas pela equipe multiprofissional que atua em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Destaca-se, nessa atuação, o papel da equipe de enfermagem responsável por prestar o cuidado direto ao potencial doador de órgãos e seus familiares.

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 (ME). A família, em geral, apresenta-se fragilizada, necessitando de cuidado e atenção por parte da equipe de saúde e enfermagem, pois está enfrentando um momento de dor, com a perda de um ente querido. Na maioria das vezes, essa morte ocorre de forma trágica e inesperada. Neste 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 no momento da decisão ou não, 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, 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 na decisão familiar de doar ou não os órgãos. Outras questões como: religião, etnia, grau de entendimento sobre ME, pouco conhecimento sobre o processo de doação, também podem influenciar no momento da decisão.

Como refere Bouso (2008 p. 46), “mesmo com a existência de uma legislação própria, o tema “doação de órgãos” constitui-se como polêmico, não só para os profissionais da área de saúde, mas também para os religiosos, legistas e para a sociedade de forma geral”.

A equipe de enfermagem tem o papel primordial no processo de captação e doação de órgãos para transplante e, em sua maioria, manifestam-se favoráveis a ele, apesar de apresentarem dificuldades relacionadas a algumas etapas do processo (FONSECA; CARVALHO, 2005). Esses profissionais costumam participar de todas as fases do processo de captação de órgãos para transplante, atuando na manutenção do potencial doador através dos cuidados de enfermagem, para que se

mantenha em condições satisfatórias, a fim de doar seus órgãos para outro ser humano, até o momento da morte, embasados em protocolos assistenciais. Esses cuidados são geralmente realizados em uma UTI (VARGAS; RAMOS, 2006).

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). Esta é uma unidade singular e complexa existente no ambiente hospitalar. Nessa, 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, 1988).

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, estresse e, em algumas situações, é responsável por gerar uma baixa motivação, levando-o por vezes a utilizar de estratégias, como afastamento, negação e esquivar na intenção de proteger-se.

Ferreze, Ferreira e Carvalho (2006), em estudo realizado em uma UTI do interior de São Paulo, intitulado: “*Percepção de estresse em enfermeiros que atuam em terapia intensiva*”, verificaram que mais da metade dos trabalhadores (66,7%), que assistem pacientes críticos, apresentam sinais de sofrimento físico ou psicológico, característicos da fase de resistência ao estresse.

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

Os membros da equipe de enfermagem sabem como devem se comportar e realizar o cuidado. Tem conhecimento que devem envolver-se com o ser humano e sua família colocando-se no lugar do outro, criando laços de ligação e empatia, visando sua recuperação e o encaminhamento para o autocuidado (WALDOW, 2004).

Com base nesses pressupostos, os membros da equipe de enfermagem, quando realizam o cuidado ao potencial doador de órgãos,

deparam-se com situações que despertam emoções, que podem gerar estresse, inclusive dificultando o atendimento prestado. Essas situações de estresse geram na equipe a necessidade de buscar maneiras/estratégias de reagir frente a estas. Essas formas de enfrentar as situações geradoras de estresse são definidas por Lazarus e Folkman (1984), como resposta de enfrentamento/*coping*.

Enfrentamentos são as estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com situações estressoras, sendo determinadas a partir do ambiente onde está inserido, de suas experiências passadas, exigências situacionais e recursos disponíveis. Quando o indivíduo se depara com uma situação de estresse, esse avalia o que está acontecendo na tentativa de elaborar uma resposta ao estressor. Essa resposta pode ser mediada pela emoção ou focada na ação (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Essas formas de enfrentamento, quando adequadamente utilizadas, possibilitam aos profissionais uma atuação eficaz no processo de doação de órgãos. A partir disso, a equipe de enfermagem encontrará maneiras/estratégias de prestar o cuidado ao potencial doador de órgãos e seus familiares, sem que isso seja uma fonte de sofrimento, apesar das dúvidas e pré-conceitos que acompanham essa temática.

Para Bastos e Lemes (2007), o distanciamento dos membros da equipe de enfermagem do potencial doador durante a realização do cuidado, tem contribuído para a falta de manutenção adequada desses pacientes, gerando uma segunda causa da não captação de órgãos. Outro aspecto referido pelos autores está relacionado com o fato da equipe de enfermagem não receber comumente informações sobre os passos que envolvem o processo de captação de órgãos, e até, mesmo, por não expor seus sentimentos de medo e angústia, tem contribuído de forma negativa no processo de captação de órgãos .

É fundamental, portanto, que os membros da equipe de enfermagem, por atuarem diretamente no processo de doação e captação de órgãos, devem conhecer todas as etapas do processo, tornando-se aptos para desempenhar sua atividade junto à família e ao potencial doador.

Como destacam Guetti e Marques (2008), um potencial doador poderá beneficiar até dez receptores, desde que se encontre em boas condições clínicas. Entretanto, mesmo que esse potencial doador venha a ser um doador efetivo, em algumas situações, nem todos seus órgãos poderão ser utilizados, principalmente se a doação ocorrer em um local afastado dos grandes centros urbanos. Muitas vezes o tempo de espera inviabiliza a retirada e o posterior transplante de alguns órgãos, que têm um tempo de viabilidade muito curto, pós-retirada. Como exemplo, o

coração. Seu tempo útil para retirada e transplante é em média de 4 a 6 horas.

Atualmente, no mundo, o número de pessoas que necessitam de um transplante de órgãos para sobreviver vem aumentando gradativamente. Nas últimas décadas, o crescimento da fila de espera por um órgão aumenta em uma ordem desproporcional ao número de doações efetivadas (BELLATO; CARVALHO, 2005; BOUSSO, 2008; PEREIRA, 2000)

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, 68.906 pessoas aguardam por algum tipo de transplante. Em 2008, o número de doações de órgãos alcançou um total de 7,2 por milhão de população (pmp), enquanto que no ano anterior a doação foi de 6,2 pmp. 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 9 doadores pmp. O Estado de Santa Catarina destacou-se por atingir 16,6 doações pmp, sendo atualmente 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 (ABTO⁴, 2009).

O Brasil possui legislação própria que tem por objetivo fazer o processo de doação de órgãos algo transparente e legalmente regulamentado, principalmente no que diz respeito à confirmação da “Morte Encefálica”; uma das questões mais polêmicas do processo. Apesar disso, ainda paira várias dúvidas a respeito da temática.

Esse processo de captação e doação de órgãos é um dos temas polêmicos da atualidade, que gera conflitos e indecisões sobre a forma de pensar e agir a respeito. Isso provavelmente está associado com questões universais, como: vida/morte e finitude. Questões estas que despertam o interesse da humanidade e a necessidade de conhecimento e uma ampla discussão, pela sociedade, em especial pelas comunidades acadêmicas e profissionais da área da saúde.

Realizar uma discussão acerca da forma como a equipe de enfermagem vem enfrentando os desafios e sentimentos relacionados ao cuidar do paciente em morte encefálica, potencial doador de órgãos,

³ Esse número refere-se ao total absoluto de transplantes, incluindo doadores em ME e doadores in vivo.

⁴ Dados obtidos da Associação Brasileira de Transplantes (ABTO) no site www.abto.gov.br, acessado em 21/03/2009.

pode facilitar sua atuação, propiciando aos membros da equipe de enfermagem condições para que vivam e trabalhem melhor. E, como consequência, será possível desenvolver um cuidado humanizado ao potencial doador e seus familiares, aumentando, então, o número de captações efetivadas e a possibilidade de inúmeros transplantes.

Minha aproximação com o processo de doação de órgãos iniciou quando assumi a função de Coordenadora da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), de um hospital Geral, do Estado de Santa Catarina, considerado como referência para toda a região Oeste e Extremo Oeste do estado. No primeiro momento, tive como objetivo principal organizar o Serviço de Captação de Órgãos que estava desativado há quatro anos.

O fato de trabalhar como enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva, e ainda por ter exercido atividade assistencial durante um ano em uma Clínica de Hemodiálise, colocou-me em contato com os sentimentos contraditórios que o tema desperta: de sofrimento por parte de quem participa do processo de captação de órgãos (familiares e equipe) por deparar-se inevitavelmente com a morte e, por outro lado, a satisfação daqueles que recebem um órgão e tem a possibilidade de recuperação e melhora de sua qualidade de vida.

Em inúmeras oportunidades, tive que apoiar algum dos membros da equipe devido à angústia manifestada, direta ou indiretamente, através de comentários e de sentimentos, favoráveis ou não, ao processo de doação, e questionamentos sobre a razão de estarem prestando cuidado a alguém que já não tinha a menor chance de sobreviver.

Frente a essa situação, passei a considerar extremamente importante e necessária a verbalização dos membros da equipe de enfermagem acerca dos sentimentos e dificuldades por estes vivenciados, ao prestarem cuidados aos potenciais doadores. Sentia que deveria aprofundar mais a temática, buscando descobrir quais os estressores que vinham enfrentando. Que estratégias utilizavam, uma vez que os membros da equipe de enfermagem tem o seu cuidado redirecionado ao potencial doador, buscando preservar potencialmente a vida deste, uma vez que de cada potencial doador, mais de dez pessoas podem ser beneficiadas. Mas este “ser” que recebe o cuidado já teve sua morte constatada. Isto é algo novo que ainda necessita ser muito trabalhado.

Neste sentido, Coimbra et al. (1995) destacam que para poder compreender esta dualidade de sentimentos da equipe de enfermagem, é necessário compreender que o início do cuidado acontece bem antes da pessoa ser um potencial doador. Começa com um ser vivo com quem se

estabelece uma relação, e que as suas atividades visam a sua sobrevivência. Em uma fase seguinte, há necessidade de parar de tratar um indivíduo vivo, para começar cuidar de um⁵ cadáver, potencial doador de órgãos.

Por sua própria natureza, o cuidado inclui duas significações básicas, ligadas entre si. A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro (BOFF, 2003).

Partindo-se dessa definição de cuidado, no caso do potencial doador, este “outro” quando está com sua morte encefálica confirmada, desperta uma gama de sentimentos conflitantes vivenciados pelos membros da equipe de enfermagem.

Estes indivíduos sofrem por terem que trabalhar nessa situação, ou seja, tem que cuidar de um corpo morto, considerando que o foco da assistência está na preservação da vida, na luta contra a morte. A partir desta situação, temos nos questionado como a equipe de enfermagem vem sendo preparada? Que ferramentas vêm utilizando, para atuar frente a este desafio? Ou seja, como os membros da equipe se comportam diante de situações desse tipo: morte *versus* vida, cuidados com o possível doador, cuidado e apoio à família do doador, e, principalmente, o de manter um corpo em condição, para salvar outras vidas.

Sendo assim, este trabalho tem como questão norteadora: Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem, ao prestar o cuidado ao potencial doador de órgãos e sua família?

Acredita-se que este estudo é de fundamental importância, pois pretende desvendar os sentimentos e fragilidades presentes na interação da equipe de enfermagem e o potencial doador, assim como de sua família. Este estudo poderá contribuir com profissionais que têm interesse em desenvolver seus conhecimentos em relação à temática transplante, às situações de estresse no atendimento ao potencial doador e sua família. Ao realizar um estudo desta natureza, pretende-se identificar e entender as formas de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem, ao trabalhar no processo de doação de órgãos e transplantes. A partir daí, será possível fortalecer estes profissionais, capacitando-os para uma melhor atuação. E, principalmente, proporcionar condições mais amenas e saudáveis para que a equipe

⁵ O cadáver é o corpo inanimado, o corpo sem vida, sem a essência da psique, quando a alma parte do composto natural, separa-se da matéria corpórea e o indivíduo da espécie humana deixa de ser pessoa. É a pessoa morta (LEITE, 2000).

possa continuar atuando no processo de captação de órgãos. O trabalho poderá contribuir ainda para a produção de conhecimento nesta área da saúde, e para outros estudos relacionados. Assim como para o ensino da enfermagem e de outras profissões afins.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Conhecer as estratégias de enfrentamento que os membros da equipe de enfermagem de uma UTI utilizam frente às situações vivenciadas, ao cuidar de um potencial doador e familiar na captação de órgãos.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as situações estressoras, enfrentadas pelos membros da equipe de enfermagem, durante o cuidado ao potencial doador.
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe durante os cuidados ao potencial doador.
- Identificar as percepções dos membros da equipe de enfermagem quanto à doação de órgãos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a realização deste estudo, sentiu-se a necessidade de uma revisão de literatura referente aos transplantes de órgãos, o processo de captação de órgãos, a equipe de enfermagem, o cuidado e o estresse na Unidade de Terapia Intensiva e a morte, sendo que estes estão diretamente ligados ao processo de captação e doação de órgãos.

2.1 OS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Segundo Pereira (2000, p.1), “Vários relatos históricos e lendas a respeito de transplantes povoam o imaginário da humanidade desde os seus primórdios”.

A história dos transplantes teve seu início com a experiência em animais. A evolução das técnicas de transplante e as descobertas ocorridas nas últimas décadas, transformaram esta técnica em uma possibilidade terapêutica para uma parcela cada vez mais significativa da população. (FONSECA; CARVALHO, 2005).

O termo transplante foi utilizado pela primeira vez em 1778, por John Hunter, ao descrever seus estudos com enxertos ovarianos e testiculares em animais não relacionados. O transplante entre diferentes membros da mesma espécie chama-se Alotransplante, e os que ocorrem com membros de espécie diferente, Xenotransplante. No início do século XIX, iniciam os autotransplantes de pele. Em 1881, os trabalhos de MacEwen dão origem aos alotransplantes ósseos. No ano de 1902, em Viena, Ullmann realizou o primeiro transplante renal autólogo em um cachorro. Em 1905, Zirm dá início ao transplante de córnea. No ano de 1906, Jaboulay realiza dois xenotransplantes, utilizando rins de porco e cabra, com duração de apenas uma hora. Em 1909, Unger transplantou o rim de um macaco em uma criança, o qual também teve resultado negativo (PEREIRA, 2000; GUERRA et al., 2004).

O primeiro alotransplante renal no homem foi realizado por Voronoy, em 1933. Esse não teve êxito, devido ao rim ter sido retirado seis horas após a parada cardíaca do doador (PEREIRA,2000).

O mesmo autor supracitado relata que a década de 50 é marcada por vários transplantes renais realizados em Boston e França, entretanto sem sucesso, uma vez que ainda não eram conhecidos os fatores responsáveis pela rejeição dos enxertos. Em 1954, ocorre o primeiro

transplante renal com sucesso, realizado em gêmeos idênticos, na cidade de Boston, pela equipe de Murray.

No ano de 1967, Cristian Barnard, cirurgião sul-africano realizou o primeiro transplante cardíaco bem sucedido. A partir daí, houve um grande impulso na área de transplante na década de sessenta, com o uso da Azatioprina e corticoides. Em 1978, a descoberta da Ciclosporina foi determinante para o sucesso dos transplantes e a sobrevida dos enxertos (NOTHEN, 2004).

O primeiro transplante de órgão realizado no Brasil ocorreu no ano de 1965 (de um doador vivo), na cidade de São Paulo. Em 1967, também em São Paulo, ocorre o primeiro transplante de doador cadáver do país (RIBEIRO; SCHRAMM, 2006)

No ano de 1968, o professor Euríclides de Jesus Zerbini foi responsável pela realização do primeiro transplante de coração do Brasil. Ele utilizou a definição de morte encefálica do doador, pois não havia legislação própria ao tema. A partir da realização desse transplante é que foi instituída a primeira Lei nacional de Transplante. No dia 10 de agosto do mesmo ano, foi sancionada a lei nº5.479, a qual deveria ser regulamentada num prazo de sessenta dias. Esta lei vigorou por 25 anos (NOTHEN, 2004; PEREIRA, 2000).

Na década de 80, após um aumento nos procedimentos com resultados eficazes, deu-se início uma maior discussão a respeito das determinações sobre a forma de realizar os transplantes, respeitando os preceitos éticos e legais, dando origem à lei nº8.489, de 18 de Novembro de 1992. Em 1997, foi promulgada a Lei de Transplante nº 9434/97, a qual foi responsável por uma intensa polêmica devido ao parágrafo onde era estabelecida a doação presumida, ou seja, todo cidadão era considerado doador, desde que não tivesse manifestado por escrito opinião contrária. Tal manifestação deveria ser registrada no documento de identidade ou na carteira de habilitação. Devido à reação negativa causada pela lei e a diminuição no número de doações, a legislação foi alterada por uma medida provisória e posteriormente substituída pela Lei 10.211/01, atualmente em vigor, que determina que a doação ocorra através do consentimento informado, onde os familiares determinam sobre a doação (NOTHEN, 2004; PEREIRA, 2000).

Segundo Nothen (2004), o transplante de órgãos é atualmente uma das políticas de saúde pública que sofreu maior ênfase na última década, resultando num crescimento vertiginoso do número de doadores a cada ano no país. A autora considera que isso é fruto da feliz associação entre gestores, pacientes e trabalhadores da área de saúde, e da população em geral. A autora ressalta, ainda, que o Brasil é um dos

países que mais tem destinado recursos financeiros para os transplantes, considerando o seu Produto Interno Bruto (PIB). Isso vem resultando na realização de noventa por cento dos transplantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Também tem sido assegurada a medicação imunossupressora aos transplantados, e o acesso da população sobre a distribuição dos órgãos doados.

2.2 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

O processo de doação de órgãos é constituído de várias etapas complexas que devem iniciar com a identificação do potencial doador, o qual será submetido à avaliação clínica e laboratorial, determinação do tipo sanguíneo, peso, altura, idade, doença de base e história clínica pregressa (PEREIRA, 2000).

No momento em que o paciente é identificado como potencial doador, a família deve ser comunicada, sendo então realizados testes clínicos, laboratoriais e gráficos para confirmação da Morte Encefálica (ME). A partir do momento em que a morte encefálica teve seus critérios definidos em Harvard, no ano de 1968, este passou a servir como modelo para avaliação e diagnóstico de morte encefálica (PEREIRA, 2000).

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1.480/97 dispõe dos critérios a serem observados na constatação da ME :

Art. 1ºA morte encefálica será caracterizada através da realização de testes clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2ºOs dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no termo de declaração de morte encefálica.

Art. 3ºA morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 5º. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a

caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos -48 horas
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto-24 horas
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos -12 horas
- d) acima de 2 anos - 6 horas.

Art. 6º. Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,
- b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,
- c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art. 7º. Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c";
- b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;
- c) de 2 meses a 1 anos incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;
- d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8º. O termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9º. 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 a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado (BRASIL, 1997).

Uma das grandes dificuldades na realização do processo de doação está no reconhecimento e 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 das questões técnicas relacionadas à adequada manutenção do potencial doador (PEREIRA, 2000).

As dificuldades no processo de identificação e manutenção dos potenciais doadores, a falta de informação aliadas aos problemas estruturais do sistema de saúde, podem ser classificadas como “universais”, e tem sido os grandes responsáveis pelo pequeno número de doações ocorridas (SADALA, 2001).

Para Fonseca e Carvalho (2005), o profissional da área de saúde, principalmente os membros da equipe de enfermagem, tem papel fundamental na doação de órgãos. Os autores referem que a maioria desses profissionais é favorável à doação de órgãos, apesar de revelarem algumas dificuldades em relação às etapas do processo. O processo inicia com a notificação oficial de um potencial doador, a sua manutenção clínica, até a abordagem adequada da família, que é precedida pela informação da morte encefálica pelo médico assistente ou plantonista da UTI. As dificuldades se manifestam através dos conflitos psicológicos ou religiosos, que acabam interferindo nas decisões ligadas à doação, notificação de morte encefálica ou na capacitação técnica frente ao potencial doador.

O progresso na área de transplante transformou-se em motivo de comemoração, mas ao mesmo tempo ocorre uma preocupação para os profissionais de saúde, que percebem que um grande número de pessoas podem ser beneficiadas por esta técnica, entretanto as doações não aumentam na mesma proporção. O aprimoramento tecnológico confronta-se no dia a dia com questões de natureza sócio-cultural, valores pessoais, questões éticas e legais, o que muitas vezes reflete na falta de disponibilidade de órgãos (SADALA, 2001).

Segundo Goldim (2007), a utilização de órgãos de doadores cadáveres pode ser a solução para o problema da demanda excessiva, vencido o problema inicial do estabelecimento de critérios para caracterizar a morte do indivíduo doador. Um grande avanço neste sentido ocorreu após adotarem-se os critérios de definição de morte encefálica. Os critérios para a caracterização de morte encefálica foram propostos, no Brasil, pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM 1480/97.

A captação e doação de órgãos, no Brasil, possui leis que a

regulamentam como a lei 9.434, de fevereiro de 1997, que traz no seu art. 3º:

A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

Entretanto, esta lei sofreu alterações no que se refere a quem compete a decisão sobre a doação ou não de órgãos, o que consta na lei nº 10.211, de março de 2001, que traz no seu **art. 4º** a seguinte determinação:

A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

Segundo o art. 5º, da Resolução 1.480/97, do Conselho Federal de Medicina, é necessária a realização de dois testes clínicos, com intervalos específicos relacionados à faixa etária do potencial doador.

No art. 6º, desta mesma Resolução, fica determinado que, além dos exames clínicos, é necessária a realização de exame complementar, que deve diagnosticar a ausência de fluxo sanguíneo intracraniano, ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral.

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 .

Na tentativa de aumentar o número de notificações de potenciais doadores e doações efetivas realizadas, foi determinada pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Sistema Nacional de Transplantes, em 2000, a Portaria MS 905/00, na qual fica determinado que todos os hospitais transplantadores, credenciados para captação de órgãos, que possuam UTI de nível I, II e III, ou que fossem credenciados como

unidades de referência no atendimento de urgência e emergência, deveriam formar uma Comissão Intra-Hospitalar de transplantes.

Em setembro de 2005, esta Portaria foi complementada pela de nº 1.753, que determina que todo hospital com mais de 80 leitos deveria criar a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

No art. 2º, desta Portaria ficaram definidas as atribuições da CIHDOTT:

- I - detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;
- II - viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;
- III - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- IV - articular-se com a Central de Transplante do Estado respectivo (CNCDO), para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- V - responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;
- VI - articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;
- VII - capacitar, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Sistema Nacional de Transplantes, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2005).

O enfermeiro da CIHDOTT tem a função de reconhecer, detectar e identificar o potencial doador, levantando a história de sua doença atual, repassando essas informações para a Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos (CNCDO). A partir destas informações, será traçado o perfil do potencial receptor de órgãos. (PEREIRA, 2000).

A forma como o protocolo para doação de órgãos é organizada, a partir da realização dos testes clínicos, poderá sofrer algumas alterações de uma unidade da nação para outra. Após a constatação da M E, caso não haja contra indicações, a família será informada da condição do

paciente e da possibilidade de doação de órgãos.

No momento da entrevista familiar, é imprescindível a escolha adequada do profissional que fará a solicitação da doação de órgãos. Este profissional poderá ser da própria equipe que está assistindo o paciente ou algum membro da CIHDOTT. Ele deverá ter facilidade para se expressar, e conhecimento de todas as etapas do processo e doação, sua duração, os aspectos legais e ter respeito e sensibilidade pelo momento de dor que a família está passando (RECH e FILHO, 2007)

Caso não ocorra nenhum impedimento clínico, e a família se decida pela doação, deverá assinar o Termo de Consentimento, o 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.

Após a realização da assinatura, os familiares são informados que a liberação do corpo ficará condicionada ao processo de explante dos órgãos, o que pode ocorrer em até 18 horas, dependendo da necessidade de tempo para que as equipes responsáveis pelos procedimentos consigam iniciá-lo. É importante ressaltar que, nos hospitais localizados próximos aos grandes centros urbanos, normalmente, o processo ocorre em um período menor, uma vez que as equipes, na maioria das vezes, não precisam deslocar-se de uma cidade a outra.

Ao término do procedimento de explante, se a causa morte for resultado de causa violenta, será emitido atestado de óbito pelo legista de plantão, devendo o corpo ser liberado do centro cirúrgico com a documentação devidamente assinada, numa tentativa de agilizar a entrega deste aos seus familiares. Em caso de morte por causa natural, o atestado de óbito será fornecido pelo plantonista da UTI.

Durante o processo de explante dos órgãos e liberação do corpo para família, um dos membros da CIHDOTT permanecerá em contato mais próximo com a família, de modo a colocá-la a par do que está ocorrendo e quando será realizada a liberação do corpo.

A equipe de enfermagem tem papel importante no cenário nacional em relação à doação de órgãos, tanto como principal

articuladora do processo de captação e doação de órgãos, como no que se refere a esclarecimentos à população, através da realização de campanhas educativas.

O processo de captação possibilita a realização do transplante de órgãos de um doador cadáver, a partir da doação de seus despostos pela família. Essa ação pode ser caracterizada como um ato de desprendimento e solidariedade dessa família que, em um momento de extremo sofrimento e dor, resolve ajudar outro ser humano, sem nenhuma compensação, além do fato de estar realizando um ato de solidariedade.

Este ato está diretamente vinculado com a manutenção da vida, no momento que pode ser associada à cura relacionada ao transplante, e pela conquista de uma melhor qualidade de vida dos receptores.

2.3 A EQUIPE DE ENFERMAGEM, O CUIDADO E O ESTRESSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As Unidades de Terapia Intensiva surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento dos pacientes graves, em estado crítico, mas tidos como recuperáveis, necessitando de observação constante e contínua de enfermagem (VILA; ROSSI, 2002).

Esta unidade deixou de ser um lugar onde os pacientes eram encaminhados para morrer, tornando-se um espaço terapêutico que concentra alta tecnologia e profissionais habilitados, preparados para lidar com situações extremas. É o local onde os membros da equipe de enfermagem desenvolvem o cuidado, principal objetivo da sua ação, aos pacientes que ali se encontram.

Para garantir um tratamento de qualidade ao paciente nessa unidade, é necessário um atendimento especializado desenvolvido pela equipe multiprofissional. A equipe de enfermagem tem papel importante no atendimento a este paciente, no que se refere ao cuidado (GOMES, 1988).

Segundo Souza et al. (2005), o cuidado possibilita ao indivíduo a capacidade de manter-se saudável, e a percepção da vida como um bem valioso. É o conceito de cuidado amplo e que abrange vários significados. Pode ser compreendido como a capacidade de ser solidário, participando de um relacionamento compartilhado com a comunidade em que convive. Em algumas situações ou doutrinas, pode

ser relacionado com uma noção de obrigação dever e comprometimento social.

Para Montanholi, Tavares e Oliveira (2006), os enfermeiros prestam cuidado aos pacientes e familiares, e muitas vezes se esquecem de cuidar de si mesmos. Além disso, esses profissionais sofrem exigências em excesso, associadas a uma grande carga de trabalho. Os membros da equipe de enfermagem são hoje apontados em vários estudos como os mais suscetíveis a desenvolverem estresse e sofrimento psicológico

Outro fator que, atualmente, pode contribuir para o desenvolvimento do estresse da equipe de enfermagem, é a participação no processo de captação de órgãos, quando cuidam do potencial doador, uma vez que, nessa situação, vivenciam sentimentos de sofrimento e dor. Especialmente quando não podem falar sobre seus sentimentos, relacionados com a vida e com o processo de morte e a morte em si, para terem capacidade de analisar e encarar as próprias necessidades pessoais. A partir do momento em que esses profissionais estiverem capacitados a lidar com seus conflitos internos, serão capazes de prestar uma assistência de qualidade ao potencial doador de órgãos (BASTOS; LEMES, 2007).

Em um estudo realizado por Ferrareze, Ferreira e Carvalho em 2005, sobre a percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva, realizado na UTI da Unidade de Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto/São Paulo, verificou que 14 enfermeiros que atuam nessa unidade, com idade variável entre 20 e 50 anos, teve um desgaste emocional excessivo, devido a carga horária exaustiva, e apresentavam sintomas físicos e psicológicos que os classificavam como estressados, ou seja, com desgaste de energia maior que a reposição, encontrando-se em desequilíbrio. Esta situação ocorre comumente, pois a equipe de enfermagem, ao prestar o cuidado ao paciente se envolve, cuidando além dos sintomas físicos da doença, dos sofrimentos emocionais, da angústia, ansiedade, fobia, depressão, agressividade, fadiga, e os sofrimentos do espírito como a hiper-religiosidade, o ateísmo, a descrença, a conformação, a negação, o sentido da vida e a sublimação (CARVALHO; MERIGHI, 2005).

Essa forma de cuidar geralmente está presente na atuação da enfermagem, sendo imprescindível, quando este cuidado é voltado ao potencial doador e sua família, uma vez que a família está vivenciando um momento de perda, sofrimento e dor. Na grande maioria das vezes, o potencial doador é jovem sem patologias prévias, o que causa maior

angústia e dificuldade nos familiares. Segundo Bousso (2008 p.46), “todos sabem que o fim é inevitável, mas nos custa aceitar que ele aconteça prematuramente”.

Para Gomes (1988, p. 17), a UTI não é apenas um serviço com equipamento especial: implica também atitudes, expressões, sentimentos da equipe que ali trabalha. Uma atitude orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas, em um contexto onde existe um relacionamento humano, que ofereça segurança e apoio emocional, deve ser considerado.

Essa ideia vem ao encontro da definição de Waldow (2004), que refere que o cuidado humanístico não exclui os aspectos técnicos, nem os científicos. O que se pretende, ao revelar o cuidado, é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que incluem o lado artístico, além do aspecto moral.

Devido às características diferenciadas encontradas no ambiente da UTI, muitas vezes a equipe tem como consequência o estresse, a fadiga e a desmotivação para o trabalho. Em algumas situações, tem o que Hudack e Gallo (1997) referem como orgulho de si próprios, conforme pode ser visualizado a seguir:

Sabe-se que o nível de trabalho que realizam e o conhecimento necessário para fazer bem seu trabalho são mais complexos que aqueles de qualquer outro posto de enfermagem do hospital. Juntamente com este justificado orgulho próprio e auto-imagem profissional positiva, há também uma auto-expectativa que muitos enfermeiros intensivistas apresentam.

Cabe ressaltar que, em geral, a equipe de enfermagem que atua no ambiente da UTI compartilha deste orgulho e autoexpectativa, e, portanto, não se permite falhas, o que muitas vezes acaba gerando o afastamento do paciente numa tentativa de manter o equilíbrio emocional. Além do trabalho com o paciente grave, o constante risco de morte, a equipe também tem que conviver em um ambiente fechado com luz artificial, barulhos de bips, alarmes, choro, expressões de dor, medo, angústia, são situações altamente estressantes (HUDACK; GALLO, 1997).

A equipe de enfermagem que presta cuidado ao potencial doador de órgãos deve conhecer as formalidades legais envolvidas no processo,

as principais complicações que este paciente pode apresentar que se constituem em: instabilidade cardiovascular, desarranjos metabólicos e hipoperfusão tecidual. É importante ressaltar que os membros da equipe de enfermagem contribuem, dessa forma, para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições possíveis (GUETTI; MARQUES, 2008).

Para Coimbra et al. (1995, p. 37), “Os profissionais percebem a importância de realizar as atividades que são da sua competência e não querem ‘fugir’ às suas responsabilidades, mas também necessitam de apoio e de arranjar estratégias para lidar com os seus conflitos internos”.

Ao comentar sobre o cuidado de enfermagem ao potencial doador de órgãos, Bastos e Lemes (2007) consideram que o profissional da saúde se fragmenta, se isola, nega e perde contato como uma forma de lidar com situações angustiantes, o que poderá explicar a dificuldade desses em cuidar do potencial doador de órgãos.

Essa dificuldade, faz com que a equipe de enfermagem busque formas de trabalhar nesse processo, numa tentativa de proteger-se das situações que desencadeiam estresse e sofrimento. Buscam estratégias de enfrentamento que podem ocorrer pelo enfrentamento direto do problema, ou através de afastamento negação e fuga..

A enfermagem tem também a obrigação moral e ética de compreender o processo de captação e doação de órgãos, uma vez que é um grande formador de opinião junto à população. Os profissionais devem ter condições de esclarecer dúvidas e prestar informações.

O tema doação de órgãos, atualmente envolve toda a sociedade e a enfermagem. Deve construir ferramentas que facilitem a sua atuação neste momento de dor, ajudando a transformá-lo em um ato de solidariedade. Além disso, o tema ainda é pouco discutido pelos profissionais de enfermagem, apesar de os enfermeiros terem grande atuação durante todo o processo de doação de órgãos, e ser o principal responsável pelo sucesso na manutenção e conseqüente doação de órgãos.

Bastos e Lemes (2007), ao realizarem um estudo etnográfico sobre a vivência da enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos em uma UTI, em Goiás, concluíram que a equipe de enfermagem traz, das suas experiências anteriores, formas positivas ou negativas que podem tanto contribuir no cuidado dos potenciais doadores. Esses aspectos positivos contribuem para que o indivíduo se emende mais no cuidado ao potencial doador e com isso realize a manutenção de órgãos de forma adequada para uma possível doação e a partir daí ajudar outras pessoas.

Esses profissionais relataram que, muitas vezes, o paciente em ME, é o que recebe menos atenção da equipe. Alguns relatam, inclusive, que passam a vê-lo com pena, buscando não se apegar a ele, deixando de senti-lo como uma pessoa.

Essas atitudes da equipe de enfermagem ocorrem devido ao pouco conhecimento sobre o tema e sobre seus próprios sentimentos em relação à dualidade morte/vida presente no processo de captação de órgãos. Fato responsável pelo sofrimento desses profissionais, durante a sua atuação, tendo que encontrar formas interiores de melhorar o seu fazer e diminuir o seu sofrimento.

Pode-se concluir que a UTI é um ambiente de trabalho com grande número de fatores predisponentes ao estresse, como a dualidade constante vida/morte, com intenso sofrimento humano, condições de trabalho exaustivas, insalubres, falta de material adequado e instrumental, inabilidade de alguns profissionais, inexistência de programas específicos de educação continuada e ausência de amparo psicológico (BASTOS; LEMES, 2007; HUDACK; GALLO, 1997).

Holland et al. (apud FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006) consideram que este ambiente, apesar de ser o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves, oferece aos trabalhadores de enfermagem um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital, constituindo fator de risco para o desenvolvimento de estresse.

2.4 MORTE

Chiavenato (1998), ao descrever sobre a morte, aborda três ideias centrais sobre ela. Na primeira delas, o autor coloca a morte como começo de uma nova vida, ideia defendida pela maioria das religiões. Nesta maneira de interpretar a morte, ela está relacionada à ideia de que a alma estaria separada do corpo. Após a morte, o homem pode reencarnar, ou em outra visão, ela pode ser encaminhada para o céu ou inferno. Na segunda forma de interpretar a morte, ela é vista como o fim de um ciclo, é o destino do homem. Essa ideia é defendida por teólogos e filósofos, e traz consigo conceitos antagônicos, sendo percebida como descanso final ou a forma de Deus punir o homem pelos seus pecados. A morte também pode ser vista como algo presente durante toda a vida do homem. Ele convive com a ideia de que vai morrer e compreende a vida a partir desta certeza.

O medo da morte faz parte do cotidiano da humanidade, desde os povos primitivos. A morte já foi vista como algo inaceitável, uma intervenção divina, um castigo ou um acidente. O inconsciente do homem não consegue imaginar a morte como algo possível, quando se trata de si mesmo. Do ponto de vista da psiquiatria, isso ocorre devido à associação da morte a um acontecimento negativo, um castigo. Morrer é percebido pela maioria da humanidade como algo pavoroso, que desperta a necessidade de evitar questões que envolvam vida/morte. Quando o homem refletir sobre a sua própria morte, será mais fácil olhar de frente para situações de vida/morte, doadores/receptores, entre outros (KUBLER-ROSS, 2000).

Para Junior e Morrone (2005, p.11), “hoje se morre muito mais no hospital; é uma morte escondida das pessoas e isolada dos familiares, uma morte disfarçada. Não se deseja que a morte dos outros nos faça refletir sobre nossa própria morte”.

A forma de interpretar a morte sofreu alterações ao longo da humanidade, e a maneira de defini-la também sofreu mudanças concomitantes ao desenvolvimento científico. Estabelecer a morte como a ausência de batimentos cardíacos e movimentos respiratórios tornou-se inadequado, devido a recursos como respiradores mecânicos, circulação extra-corpórea e outros avanços no tratamento ao paciente grave. Atualmente, utiliza-se o conceito ME .

Segundo Bernierr e Hirdes (2007, p. 90):

Nos séculos passados, era considerado como diagnóstico de morte a cessação da respiração e da função cardíaca. Na atualidade, o critério comumente utilizado é uma avaliação da função cerebral, pois com os avanços tecnológicos, se tornou possível manter as funções cardíacas e respiratórias através de aparelhos, como o respirador, enquanto nada pode ser feito para manter as funções cerebrais responsivas.

Atualmente, a morte é vista como tabu. Os discursos a seu respeito são considerados mórbidos. Apesar de toda evolução da ciência, o homem ainda não aprendeu como se preparar para esse acontecimento inevitável. Quanto mais avançada a tecnologia de uma sociedade, maior é a sua negação a respeito da morte. Cada vez mais o ato de morrer torna-se algo triste, solitário, mecânico e desumano. Ao pensar sobre sua própria morte, analisar o que sente a respeito, compreender as angústias

que integram o conceito de morte e o que isso provoca, o homem pode reduzir as destruições causadas pela humanidade (KUBLER-ROSS, 2000).

Ao analisar a temática morte, Bittencourt-Trevisol, Min e Min (2007) afirmam que o conceito transforma-se e modifica-se conforme a sua abordagem, seja esta filosófica ou científico-biológica. Assim, um corpo que, apesar de possuir um coração ativo, apresente abolição persistente das atividades cerebrais, provavelmente estará morto, e caso esta suposição se confirme, um potencial doador estará nascendo.

Bendassolli (2001), ao realizar um estudo sobre como a relação da visão do próprio corpo, a visão do outro e a relação com a percepção de morte e religião, concluiu que a forma como a morte é encarada atualmente influencia na decisão de ser ou não favorável à doação.

O mesmo autor relata que, quanto maior for o medo da morte, maior será a recusa pela doação. Nesse caso, a doação pode ser percebida como uma forma de potencialização da morte. Ela pode ser relacionada com a mutilação do corpo após a morte. Este fato ocorre principalmente pela solicitação dos órgãos acontecerem em um momento de extremo sofrimento para a família.

Por outro lado, a doação pode ser encarada como mais uma tentativa do homem superar a morte na sua luta contra a finitude, em busca da imortalidade do eu. Outro fator que influencia na decisão são as crenças, religiosas que, em algumas situações, podem dificultar a decisão devido a crenças superstições ou informações distorcidas a respeito do processo de doação (BENDASSOLLI, 2001).

A morte sempre vem acompanhada de vários sentimentos, como perda, impotência, raiva, dor, desespero, aceitação, início de algo novo, término de um sofrimento e cada vez mais pode estar associada à capacidade de realizar um ato solidário.

Kubler-Ross (2000) considera que o indivíduo que tem conhecimento de uma doença terminal, ou seja, que a morte é algo irreversível, para si ou para alguém próximo, passa por diferentes estágios, ou mecanismos de defesa. Reage com choque inicial, seguido de negação. Nesta fase, pode haver a contestação do diagnóstico. Esta reação tende a ser menos enfática, caso a morte já tenha sido discutida anteriormente nas relações familiares. Esta fase é temporária e esta relacionada à ideia de imortalidade do nosso inconsciente. Este estágio é substituído por sentimentos de raiva e revolta. Sendo a equipe de saúde um dos principais alvos, ela deve estar preparada para atuar junto à família nesse momento, tolerar essa situação, colocando-se à disposição para ouvir e até mesmo suportar suas manifestações. Isso só será

possível no momento que enfrentarmos nosso medo da morte e conhecermos nossos mecanismos de defesa em relação a ela. No terceiro estágio, temos a tentativa de barganha, em que se apela a Deus por um tempo maior, fazendo promessas e oferecendo sacrifícios. Entretanto, ao perceber que nada disso é eficiente, apresenta-se um quadro de depressão relacionada a uma grande perda iminente. Nessa situação, a equipe de saúde deve estimular o extravasamento dos sentimentos, colocando-se à disposição para ouvir silenciosamente. Nesse momento, há pouca necessidade de palavras, um gesto carinhoso ou um afago são suficientes. Quando a fase da depressão é superada, chega-se ao estágio da aceitação, é quando se aceita a ideia que a morte não é uma coisa horrível, medonha, passando a aceitá-la com paz e dignidade.

A equipe de enfermagem, ao conhecer os estágios enfrentados pelo paciente e a família durante o processo de morrer, terá maiores condições de atuar junto a ele. Principalmente quando se trata da doação de órgãos, em que o cuidado vem sendo oferecido ao ser humano sem condições terapêuticas. A equipe de enfermagem estará vivenciando uma experiência que o confronta com a sua preparação que enfatiza a luta pela vida, e não o prepara para este momento: o da morte. Esta situação pode resultar em um sentimento de impotência, que se reflete no distanciamento da equipe em relação ao paciente e sua família. Além disso, muitas vezes este pode ser um fator de sofrimento e angústia para a equipe de enfermagem.

Os profissionais da área da saúde têm pouco preparo durante sua formação para lidar com a morte, e o sujeito em estado terminal. O assunto não faz parte de todas as grades curriculares, observando-se através disso uma desumanização terrível (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

Os trabalhadores da enfermagem, que desempenham suas funções no ambiente hospitalar, estão frequentemente em contato com a morte. Entretanto, dificilmente o assunto é abordado ou refletido por eles. A atuação desse profissional está focada na busca obstinada pela prevalência da vida sobre a morte, a qual é considerada o ponto final da existência do homem, caracterizando, com isso, um fracasso a esses profissionais, quando têm de deparar-se com ela.

A equipe de enfermagem, exercendo o cuidado profissional, deve desenvolver suas ações objetivando não somente assistir o ser humano no momento sublime, que é seu nascimento, mas comprometer-se com esse momento desconhecido em sua essência, ou seja, o momento da morte (PALU; LABRONCINI; ALBINI, 2004).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A escolha da Teoria do Enfrentamento como eixo norteador teórico para o desenvolvimento deste estudo, baseia-se no fato de que alguns (às vezes todos os membros, em outras situações, nenhum) membros da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva, ao deparar-se com um indivíduo com morte encefálica, potencial doador de órgãos, podem desenvolver/manifestar os mais variados tipos de reações. Estas reações manifestadas pelos indivíduos estão, na maioria das vezes, relacionadas à instalação de uma situação de estresse, levando-o a buscar estratégias para o seu enfrentamento. A Teoria de Enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984) aborda estas estratégias, por esse motivo, considero a Teoria bastante adequada ao tipo de estudo realizado.

Antes de abordar a Teoria de Enfrentamento propriamente dita, considero importante identificar quem são os autores. Richard Lazarus foi PhD em Psicologia, professor nessa mesma área, pesquisador sobre estresse e autor de vários livros sobre o tema. Foi um dos principais investigadores do *Projeto Berkeley Stress and Coping*. Trabalhou na Teoria da Emoção e Psicologia Clínica da Personalidade. Susan Folkman foi PhD em Psicologia, pesquisadora associada da Universidade da Califórnia Berkeley, coinvestigadora do projeto do professor Lazarus. Autora de diversos artigos e capítulos de livros sobre a Teoria do Enfrentamento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Estes autores definem *coping*/enfrentamento como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, atitudes, estratégias desenvolvidas pelo indivíduo para o manejo de situações específicas, internas ou externas, que aparecem nas situações de estresse, sobrecarregando seus recursos pessoais. São atitudes intencionais que podem ser aprendidas, utilizadas e desprezadas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). No presente trabalho, o foco foi a identificação das situações consideradas estressoras e as principais estratégias utilizadas pelos membros da equipe de enfermagem.

Vários autores vêm utilizando-se da teoria de Lazarus e Folkman em estudos envolvendo situações consideradas como estressantes ao indivíduo. Dentre os estudos realizados na área de saúde, podemos citar: Estratégias de enfrentamento (*coping*) de pessoas ostomizadas (BARNABE E DELL ´ACQUA, 2008); Stress, *coping* (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de assistência a portadores de Aids e problemas hematológicos (BRITO; CARVALHO,

2003); Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem (MANETTI; MARZIALE, 2008); Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica (SIMONETTI; FERREIRA, 2007); Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001); Consistência interna e fatorial do inventário multifatorial de coping para adolescentes (BALBINOTTI; BARBOSA; WIETHAEUPER, 2006); Mensuração de coping no ambiente ocupacional (PINHEIRO; TRÓCCOLI; TAMAYO, 2003); Universidade como coping para lidar com o trabalho na assistência do mestrando enfermeiro (BUJDOSO; COHN, 2008); Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção (SCHMIDT; DELL'AGLIO; BOSA, 2007); Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS (RESENDE et al.; 2008); Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses (RIBEIRO; SANTOS, 2001); Coping (enfrentamento) religioso/espiritual (PANZINI; BANDEIRA, 2007); Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem (PACHECO, 2008); As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia (LORENCETT; SIMONETTI, 2005); Avaliação de processo de um programa de manejo de estresse ocupacional (MURTA, 2007). Estes estudos fazem parte da investigação para adquirir maior conhecimento sobre a relação entre as situações causadoras de estresse no indivíduo e as formas como estes vêm lidando com elas. Vários outros estudos relacionados ao tema vêm sendo desenvolvidos principalmente pela psicologia e a enfermagem. Entretanto, foram citados apenas alguns dos que constituíram o presente estudo, com o intuito de enfatizar a relevância do tema.

3.1 ESTRESSE

O estresse é uma resposta não específica do organismo diante de qualquer situação que ameace a homeostase do indivíduo, gerando a necessidade de mobilização para enfrentar o evento causador do desequilíbrio biopsicossocial (SANTOS; JUNIOR, 2007). Os mesmos autores fundamentados por Calais, Andrade e Lipp (2003); Lazarus (1999) definem o estresse como um processo que tem por objetivo adaptar o organismo a uma situação interna ou externa que causa alterações na sensação de bem-estar do mesmo.

O estresse hoje faz parte do nosso cotidiano. É frequente a veiculação de notícias relacionadas ao tema, cada vez mais a população em geral utiliza-se do mesmo ao manifestar-se a respeito de dificuldades do contexto das suas atividades diárias que causam sensação de mal estar ou que por algum motivo não podem ser resolvidas.

O estresse ocupacional, o qual se defronta o trabalhador moderno, se destaca como de especial importância, principalmente em algumas profissões como, por exemplo, a enfermagem. Embora seja fenômeno frequentemente relacionado entre os enfermeiros para caracterizar a profissão, na prática há falta de instrumentos sistematizados para avaliar a problemática (MEIRELLES; ZEITOUNE apud FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

No presente estudo, serão consideradas as situações relacionadas à prática da equipe de enfermagem junto ao potencial doador e seus familiares que são responsáveis por gerar estresse nesse indivíduo. Segundo Bachion et al 1998, o agente ou evento responsável por causar estresse é denominado estressor. Este pode ter origem física, química, biológica, psicológica ou social. Em relação à atuação da enfermagem no processo de captação e doação de órgãos, muitas vezes estes profissionais estão frente às mais variadas origens de estresse, desde o emocional relacionado à experiência da morte; o físico, vivenciado no ambiente onde esta situação ocorre, até o social, relacionado à vivência com a família e a possibilidade de doação de órgãos.

Para realização deste estudo, a teoria de (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) serviu como determinante para conceito de estresse a ser considerado. Para estes autores, os efeitos da percepção individual, mais do que a situação ou evento em si, determinam o estresse. Ou seja, um estressor inserido e uma situação específica pode ter um significado particular para cada indivíduo, e a partir da sua avaliação cognitiva, ele mobilizara recursos para superá-lo.

3.2 ENFRENTAMENTO

Originalmente, partindo de pressupostos da psicanálise, *coping*/enfrentamento, foi concebido como um correlato dos mecanismos de defesa ativados inconscientemente, para atuar junto aos conflitos sexuais e agressivos (VAILLANT, 1994 apud ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Eventos externos e ambientais, posteriormente foram associados como responsáveis por deflagrar os

mecanismos de enfrentamento, sendo classificados desde imaturos até sofisticados e adaptativos (TAPP, 1985 apud ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Na década de 60, estes mecanismos (*coping*) passaram a ser visualizados como um processo flexível e proposital, adequados à realidade e orientados para o futuro, ou seja, estratégias conscientes, usadas pelos indivíduos diante de situações de estresse (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

A partir dos anos 70, teorias psicológicas sobre o fenômeno estresse têm incorporado outras variáveis, como avaliação cognitiva e as respostas de enfrentamento/*coping* (SEIDL et al., 2001).

Frente às situações estressoras, o indivíduo realiza uma análise do ambiente e do componente estressor. A partir dessa análise, serão produzidas/geradas reações do organismo na tentativa de resolver ou amenizar o problema. O enfrentamento pode ser dividido em duas categorias funcionais. Na primeira, ele será focalizado no problema, e na segunda, o foco são as emoções (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Os mesmos autores criaram um modelo de processamento do estresse e *coping*, o qual desenvolvem a partir de quatro etapas, ou seja, do processo de enfrentamento: 1- *coping* é um processo, ou uma interação que ocorre entre o indivíduo e o ambiente; 2- sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; 3- os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; 4- o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos vão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Segundo os autores, é necessário avaliar qual atitude o indivíduo, realmente, assume frente a uma situação de estresse, e não o que ele costuma fazer na situação proposta. Essa forma de enfrentar a situação deve ser avaliada em situações específicas, uma vez que as estratégias de enfrentamento, ou ações do *coping*, ocorrem em situações diferenciadas. Uma definição específica da situação, do ambiente em que está ocorrendo facilita a associação de uma estratégia para enfrentá-la.

Os autores defendem que os indivíduos frente às situações de estresse, realizam uma avaliação primária, seguida de uma avaliação secundária com posterior reavaliação da situação. Na avaliação primária, o evento pode ser considerado como estressante, ou positivo. Se for

considerado como prejudicial, o indivíduo passa a analisar se há maneiras de atuar frente a ele. Caso perceba que não possui, instala-se uma situação de estresse. Na avaliação secundária, o indivíduo vai determinar se é capaz de utilizar alguma estratégia específica de enfrentamento para alterar a situação. A reavaliação ocorre após uma reformulação da situação de estresse, o que pode ocorrer depois da utilização de estratégias de enfrentamento. Nesse momento, o indivíduo estará avaliando como se sente naquele momento.

Entendidas como um processo, as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas, usadas e descartadas, de acordo com a possibilidade de serem identificadas e reforçadas num dado momento, a partir da experiência do indivíduo. Esta concepção pressupõe que tais estratégias são orientadas conforme a especificidade do contexto, variando em razão das particularidades da situação estressante, do tempo e da quantidade de estresse envolvido na situação (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Mais recentemente, baseados nas evidências da estabilidade de determinadas respostas de *coping* no tempo e, através de situações semelhantes enfrentadas pelos indivíduos, têm se buscado convergências entre o conceito de *coping* e o de personalidade (COSTA; SOMERFIELD; McCRAE apud BALBINOTTI; BARBOSA; WIETHAEUPER, 2006).

No momento em que o indivíduo analisa uma situação estressora, na intenção de controlá-la ou modificá-la, algumas características individuais podem influenciar esta avaliação: compromisso/engajamento. Estas variáveis influenciam a avaliação de três maneiras: a) determinar o que se sobressai para o seu bem-estar, em um determinado enfrentamento, b) moldar a compreensão individual do evento, e c) providenciar bases para avaliar os resultados (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O compromisso reflete o que é importante para o indivíduo, determinando o que está em jogo em uma situação estressora. Reflete o engajamento deste em situações específicas. Alguns acontecimentos ou fatos despertam um forte engajamento para alguns, enquanto que para outros haverá pouco ou nenhum (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Avaliar o grau de engajamento do indivíduo não é uma tarefa simples, uma vez que mesmo os compromissos relacionados com a manutenção da própria vida podem não ser a principal preocupação deste. Em algumas situações, como quando estão frente à morte, podem estar preocupados com metas não alcançadas, com a separação, com o isolamento, a dor, distúrbios psicológicos, dependências e medo. O compromisso/engajamento pode influenciar a avaliação de determinadas

situações estressoras, que desafiam e ameaçam o indivíduo, de diferentes formas, levando-o em direção a elas, ou em direção contrária, beneficiando ou causando dano a este. Um exemplo disso pode ser visto, quando uma criança que deseja agradar aos pais vai participar de atividades, que são aprovadas por estes, e evitar as que não são. O compromisso molda também a disposição para sensibilidade, ou seja, a forma como a situação será avaliada, sofrerá influência do quanto o indivíduo está envolvido e sensível a ela. Um exemplo disso é encontrado na sensibilidade das mães em relação ao choro dos seus filhos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Os mesmos autores consideram que quanto mais um indivíduo estiver engajado/comprometido com uma situação, maior será o risco de sofrimento psicológico, e maior o seu potencial de dano. Por outro lado, o compromisso que cria vulnerabilidade estimula a pessoa a encontrar estratégias para reduzir as ameaças e enfrentar os obstáculos.

3.3 ESTRATÉGIAS DE *COPING*

As estratégias são relacionadas às situações específicas, as quais desencadeiam a necessidade do indivíduo organizar formas de agir frente a elas. Estas estratégias podem mudar de momento para momento, frente às diferentes fases de uma situação estressante. As estratégias de *coping* refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um estressor. As estratégias de enfrentamento/*coping* centradas na emoção são caracterizadas pela tentativa de regular o estado emocional ligado ao estresse. Estas estratégias de *coping* são dirigidas a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, com o intuito de trazer equilíbrio emocional ao indivíduo. Por exemplo, fumar um cigarro, tomar medicação, assistir a um filme, sair para passear, são estratégias utilizadas em um nível de tensão emocional. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse.

O *coping* focalizado no problema é definido como os esforços/estratégias, utilizadas para intervir na situação que origina estresse, na intenção de modificá-la. O objetivo desta estratégia é encontrar formas de transformar o problema existente na relação entre o indivíduo e o ambiente que está causando a tensão. Quando o enfrentamento está focalizado no problema, é dirigido para uma fonte externa de estresse. Inclui estratégias tais como negociar para resolver

um conflito interpessoal, ou solicitar ajuda de outras pessoas. O enfrentamento direcionado ao problema e dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor. O uso de estratégias de enfrentamento direcionadas ao problema ou a emoção depende de uma avaliação da situação estressora na qual o sujeito encontra-se envolvido. Esta avaliação pode ocorrer a partir de um processo cognitivo, em que os indivíduos analisam o risco envolvido em uma determinada situação estressora, ou através da determinação dos recursos disponíveis e das possibilidades de se manejar o problema. Nos estressores classificados como modificáveis, a estratégia de enfrentamento utilizada será direcionada ao problema. Quando a situação for considerada imutável, serão utilizadas estratégias focalizando a emoção (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Estudos sobre efeitos do estresse no processo saúde doença vêm sendo desenvolvidos, desde que foi caracterizada a síndrome da adaptação geral, em que respostas fisiológicas do organismo foram associadas ao estresse. Como estresse entende-se uma resposta adaptativa e de defesa a toda agressão que perturbe o equilíbrio homeostático do organismo, seja esta agressão causada por fatores internos ou externos, físicos ou químicos, seja por fatores psíquicos ou sociais (SANTOS; JUNIOR, 2007).

Quando o evento estressor desencadear uma reação de estresse, ocorrerá uma maior produção de hormônios, e o indivíduo passará a avaliar as possibilidades e as estratégias psicológicas de enfrentamento do evento estressor, ou de adaptação a ele, por meio de mecanismos que podem ser efetivos ou não. Quando as estratégias de enfrentamento psicológico (*coping*) forem eficazes, conseqüentemente ocorrerá uma diminuição da emoção e a superação do evento estressor. Caso contrário haverá a instalação de uma crise e uma continuidade do processo de estresse, sendo necessária uma nova avaliação do estressor (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Ainda existe indefinição entre os autores sobre que estratégias, atitudes devem ser avaliadas no enfrentamento. Alguns autores classificam o enfrentamento, considerando a concentração do indivíduo na realização do problema, ou no controle das emoções envolvidas (PINHEIRO; TAMAYO; TROCCÓLI, 2003).

O contexto emocional nessa concepção é de grande importância, pois o indivíduo, tendo consciência de sua realidade, busca estratégias que podem fazer frente aos estressores, permitindo incluir qualquer coisa que seja feita ou pensada, sem considerar este comportamento

como certo ou errado, e sim, sendo avaliado em referência ao nível de adaptação e as consequências imediatas geradas. Estas formas de enfrentamento não ocorrem isoladamente, o indivíduo pode utilizar mais de uma forma de enfrentar o problema. Além disso, outras estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas, como: busca de suporte social, religiosidade e distração (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Folkman e Lazarus (1980) referem que as estratégias focadas no problema são as mais utilizadas no ambiente ocupacional. Os autores também relatam que ocorre uma diferença significativa na utilização das estratégias utilizadas, quando se refere ao gênero (homens utilizaram mais estratégias que focalizam o problema do que mulheres) (PINHEIRO; TAMAYO; TROCCÓLI, 2003).

Discorrendo sobre o mesmo tema, Pinheiro, Tamayo e Troccóli (2003) consideram que, para avaliação das respostas de enfrentamento em situações específicas, como nas doenças crônicas ou situações típicas do ambiente de trabalho, pode-se avaliar o indivíduo através da escala geral de enfrentamento, utilizando descrição de situações que o levam a imaginar o ambiente ou situação desejada.

Os mesmos autores consideram que o ambiente de trabalho limita a ação do indivíduo, resultando na necessidade de desenvolver outras formas de enfrentamento, considerando que instrumentos de avaliação no ambiente de trabalho devem ter maior agilidade no preenchimento.

Dewe, Cox e Ferguson (apud PINHEIRO; TAMAYO; TROCCÓLI, 2003) acreditam ser necessária a criação de escalas de medidas de enfrentamento específicas para o ambiente de trabalho. Estas podem determinar o quanto a cultura da organização ou comportamento de um grupo ocupacional pode influenciar na forma de enfrentamento.

Uma das autoras que elaborou um modelo para compreensão de enfrentamento ocupacional foi Latack em 1986. Esta autora levou em consideração que atitudes e reavaliações cognitivas devem ser consideradas no mesmo contexto, relacionadas às estratégias de enfrentamento, ou esquiva de situação estressante. Essas atitudes e reavaliações cognitivas relacionadas ao enfrentamento foram nomeadas de estratégias de controle. Já as que envolvem o conteúdo escapista, foram chamadas de estratégias de esquiva. Também foram consideradas como estratégias de enfrentamento as estratégias de manejo de sintomas, que se referem às ações para trabalhar com os sintomas de estresse (PINHEIRO; TAMAYO; TROCCÓLI, 2003).

Devido à importância que a situação terá nas respostas de enfrentamento, sempre que possível, devem ser avaliadas as situações e contextos específicos. É necessário também considerar que variáveis,

como gênero, podem influenciar as respostas de enfrentamento, além das variáveis ambientais. A personalidade pode influenciar nesta resposta. Enquanto alguns sofrem maiores influência da situação, outros podem sentir menos (SEIDL et al., 2001).

Ainda existem controvérsias sobre a forma de quantificar enfrentamento. Os pesquisadores da área da personalidade avaliam/medem traços ou estilos de enfrentamento. Os pesquisadores do conceito acreditam ser necessário compreender o que as pessoas fazem ou pensam, diante de determinadas situações (SEIDL et al., 2001).

Lazarus e Folkman, em 1980, criaram um instrumento com 68 itens de avaliação. Alguns relacionados com estratégias voltadas para o problema, outros com estratégias focadas na emoção, com respostas do tipo sim ou não, Folkman e Cols revisaram, no ano de 1986, o questionário e transformaram em outro, que passou a ser composto por oito fatores: 1. confrontação; 2. distanciamento; 3. autocontrole; 4. busca de suporte emocional; 5. aceitação de responsabilidade; 6. evitação-fuga; 7. planificação de soluções; e 8 reavaliação positiva. A partir daí, saíram duas grandes categorias de enfrentamento (focalização na emoção e focalização no problema) e dividem-se em vários fatores representando funções: uns vão indicar em uma ação direta ao estressor (confrontação e planificação de soluções) ou de afastamento, inibição da ação em relação ao estressor (distanciamento e evitação-fuga) (SEIDL et al., 2001).

Segundo a Teoria de *Coping* de Lazarus e Folkman (1984), a maior parte das pessoas recorre acerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de estresse:

1. Coping Confrontativo = Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere certo grau de hostilidade e de risco.

2. Distanciamento = Descreve os esforços cognitivos de despreendimento e minimização da situação.

3. AutoControle = Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.

4. Procura de Suporte Social = Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.

5. Aceita a Responsabilidade = Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.

6. Fuga-Evitamento = Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala contrastam com os da escala de “distanciamento”, que sugerem despreendimento.

7. Resolução Planejada = Descreve os esforços focados sobre o

problema deliberados para alterar a situação, problema associado a uma abordagem analítica de solução do problema.

8. Reavaliação Positiva = Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.

Ao considerarmos a atuação dos membros da equipe de enfermagem frente ao indivíduo com morte encefálica, ao potencial doador, estes membros podem se manifestar através dos seguintes modos:

Coping Confrontativo = o profissional que utiliza esta estratégia de enfrentamento pode manifestar-se contra o processo, criando empecilhos na manutenção ou até mesmo dificultando a identificação do potencial doador, evitando a notificação desse potencial doador, que dá início para que o processo ocorra. Ele age contra a ideia de doação de órgãos, utilizando-se de experiências anteriores, justificativas religiosas e crenças para fundamentar sua atitude negativa. Na maioria das vezes, se tiver oportunidade, vai manifestar sua contrariedade aos familiares ou amigos do paciente, boicotando o processo.

Distanciamento = nessa forma de enfrentamento, o altruísmo é a principal característica da atuação do profissional. Ele vai cuidar do paciente de forma a ser generoso, atua junto a este e a sua família, visualiza a doação, cuida do potencial doador em prol daqueles que aguardam na fila de espera, não se envolvendo com este paciente, pensando no provável receptor, como um ato de solidariedade.

AutoControle = nesta forma de enfrentamento, o profissional vai realizar o cuidado sem manifestar os sentimentos que isso desperta, controla suas emoções, agindo de forma técnica, racional e controlada. É o profissional que sabe todos os cuidados que deve prestar ao potencial doador, conhece as implicações legais do processo, sabe reconhecer o sofrimento da família, mas não tem suas ações perturbadas por isso.

Procura de Suporte Social = alguns membros da equipe de enfermagem, ao atuar frente ao potencial doador, sentem necessidade de procurar ajuda junto a outros integrantes da equipe. Buscam participar de encontros, que têm como objetivo diminuir a sensação de estresse que eles sentem. Na maioria das vezes, esses encontros podem ocorrer após a rotina de trabalho, ou até mesmo no ambiente onde o cuidado é prestado. Outras vezes, a procura pode ocorrer fora do ambiente do trabalho, buscando o apoio religioso, ou até mesmo, apoio psicológico

especializado.

Aceitar a Responsabilidade = o profissional pode enfrentar a situação através da percepção de sua importância na realização de todo o processo de doação e captação de órgãos. Desde a importância da detecção precoce do paciente como possível doador, como na sua manutenção adequada, no suporte à família do doador, como, também, nos esclarecimentos à sociedade sobre o processo de captação/doação de órgãos, como uma forma de possibilitar a captação cada vez maior de órgãos, e o número de doações efetivadas.

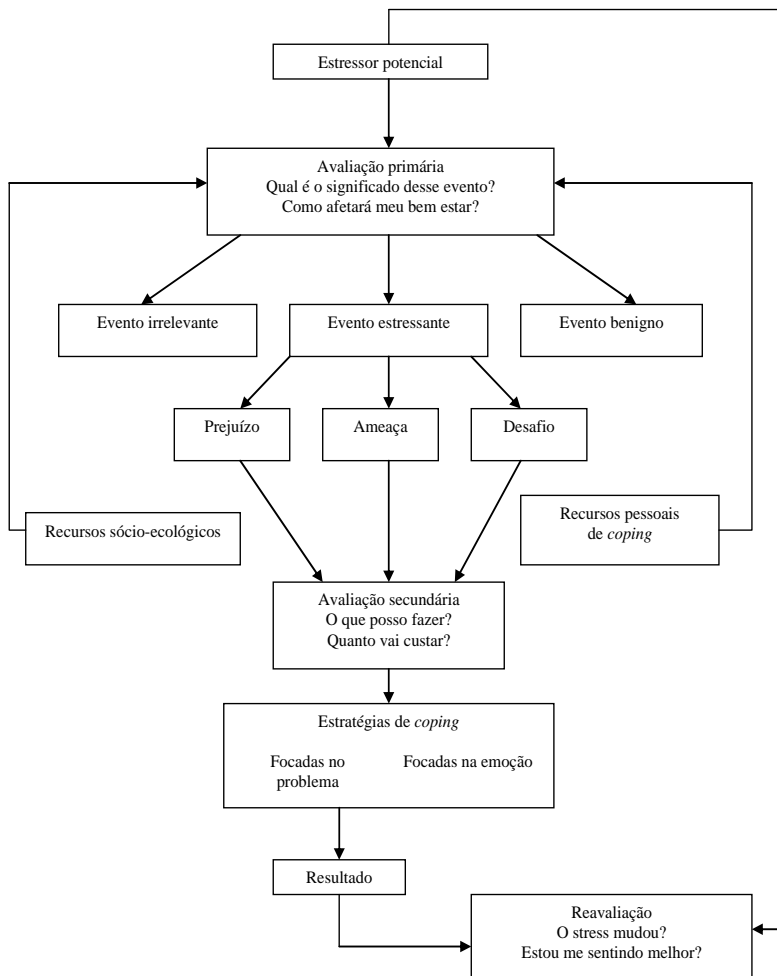
Fuga-Evitamento = nessa situação, o profissional da equipe de enfermagem vai distanciar-se do paciente numa tentativa de proteger os seus sentimentos, evitando o sofrimento e a dor que essa situação desperta. Passa a tratar o potencial doador como se estivesse cuidando de algo, não de alguém. O paciente é visto apenas como a possibilidade de um órgão viável, deixa de ser percebido como um ser humano que pertence a uma família que está sofrendo. A perda inesperada de um ente querido, na maioria das vezes, como por exemplo, de um jovem adolescente que teve sua vida inesperadamente encerrada, tem uma história, e sua partida precoce provoca um profundo sentimento de tristeza na família. O profissional procura evitar, distanciando-se.

Resolução Planejada = a atuação será focalizada na solução dos problemas que o cuidado ao potencial doador pode despertar. O problema será analisado, o profissional reconhece os sentimentos que a situação desperta e vai tentar encontrar formas de resolver os problemas. Se encontrar dificuldades devido à falta de conhecimentos, poderá ir em busca de maiores informações a respeito do processo de captação e doação de órgãos.

Reavaliação Positiva = nesta forma de enfrentamento, o profissional procurará fundamentar sua atuação frente ao potencial doador de órgãos, através da solidariedade e ajuda aos pacientes que necessitam de um órgão para sobreviver. A perda que família passa a sentir e o momento de dor passa a ser encarado como uma oportunidade de ajuda ao próximo. As ações podem ser justificadas por princípios religiosos, na busca pela satisfação de saber que estará ajudando a salvar várias vidas.

Finalmente, após apresentação das estratégias utilizadas no enfrentamento, mostro, a seguir, o modelo de processamento de estresse

e *coping* elaborado por Antoniazzi; Dell'aglio; Bandeira (1998), interpretando Lazarus e Folkman (1984).



Fonte: ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 277.

Figura 1 - Modelo de processamento de stress e *coping*.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória descritiva. A pesquisa qualitativa é utilizada com maior frequência nas ciências sociais, tendo por objetivo investigar o ser humano em sociedade, nas suas relações e nas instituições, em que este se encontra inserido. O método qualitativo é a forma de estudar as relações, representações, crenças, percepções e opiniões do ser humano acerca de sua formação, estilo de vida e de si mesmo. É mais bem utilizada na investigação de grupos delimitados, focalizando a percepção a respeito de uma situação (MINAYO, 2008).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador examina e interpreta os dados sucessivamente e, a partir disso, decide a continuidade da pesquisa pelos dados já levantados, com o intuito de compreender algo que está pouco esclarecido, que pouco se sabe a respeito (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Gil (1999) coloca que a finalidade da pesquisa exploratória é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para auxiliar em estudos posteriores. As pesquisas qualitativas, descritivas servem para o estudo de um grupo social e suas características, conhecendo suas opiniões e crenças.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na UTI de um Hospital Geral Regional do Oeste Catarinense. Este hospital possui duzentos e noventa e sete leitos, presta atendimento de alta complexidade em ortopedia, neurologia, oncologia clínica e cirúrgica, transplante renal e captação de múltiplos órgãos. Possui, ainda, uma Unidade de Terapia Intensiva em neonatologia com 11 leitos e uma Unidade de Terapia Intensiva com o mesmo número de leitos (11 leitos), onde internam pacientes com os mais variados diagnósticos a partir de 30 dias de vida, ou seja, internam adultos e crianças no mesmo ambiente.

A equipe de saúde da UTI é constituída por nove médicos, com as mais variadas especialidades, que trabalham em esquema de plantão.

A unidade não tem nenhum Intensivista, quatro enfermeiros, e vinte e quatro técnicos de enfermagem, quatro funcionários da higienização, um escriturário.

A unidade serve de campo de estágio para os cursos de graduação em Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Enfermagem.

4.3 O CENÁRIO DA UTI

Na UTI, onde o estudo foi realizado, costumam internar pacientes poli traumatizados e pacientes neurológicos, que são possíveis doadores. Segundo Pereira (2000), os principais potenciais doadores de órgãos são os acometidos por problemas cerebrais, traumatismo craniano e isquemias cerebrais. Esta unidade, por ser considerada referência no atendimento aos pacientes do SUS, recebe um grande fluxo de pacientes de todo o Oeste e Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina.

Na entrada da UTI há uma antesala, na qual os familiares costumam vestir-se com avental antes de procederem às visitas aos pacientes. Serve como principal e único acesso de entrada para todos os profissionais e demais pessoas que chegam à unidade. A UTI foi parcialmente reformada recentemente, adquiriram novos mobiliários e equipamentos diversos como camas, monitores, ventiladores e bombas de infusão. A unidade é totalmente fechada, não possui luz natural, não tem área de descanso para os servidores de enfermagem. Caracteriza-se por um ambiente barulhento, com luz artificial constante, odores característicos, sistema de exaustão e ar condicionado precário.

Todos os box/unidade dos pacientes são constituídos por cama com controle remoto que possibilitam a movimentação. Cada paciente está conectado a um monitor multi-parâmetros, que fornecem dados como saturação do O₂, frequência cardíaca, para aferição de pressão arterial, utiliza-se aparelho manual, de uso individual, bem como de termômetro para verificar a temperatura. Embora a maioria dos leitos seja separada por divisórias de Eucatex, não existe privacidade. Alguns leitos permanecem em frente aos outros. Entretanto, toda vez que algum membro da equipe realiza atividades com um paciente, se utiliza de biombos, com a finalidade de preservar a privacidade deste. A UTI conta ainda com 13 ventiladores mecânicos, 22 bombas de infusão, 12 monitores, um aparelho de Raio X, um aparelho de Eletro Cardiograma, um desfibrilador, um carro de emergência para as necessidades que se apresentam..

Além dos boxes, destinados aos pacientes, a UTI possui um quarto para o médico plantonista, vestiário para os funcionários, rouparia, sala para depósito de aparelhos e materiais e, finalmente, sala para lanches. Ela não possui sala de espera para familiares. Estes últimos costumam aguardar por notícias, compartilhando o espaço com outros familiares de pacientes que realizam procedimento cirúrgico. Esta sala, com algumas cadeiras e um aparelho de TV, fica ao lado dos elevadores e serve de corredor de passagem aos funcionários das duas unidades (UTI e centro cirúrgico).

A UTI possui ar condicionado central. É importante salientar que, apesar da recente reforma realizada, esta não contemplou as exigências estabelecidas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 466 de 04 de Junho de 1998, que regulamenta a construção de UTIs no país.

A unidade possui dois horários de visita, um pela manhã e outro a tarde, com duração de trinta minutos em cada período. Cada paciente pode receber a visita de dois familiares, sendo um de cada vez. As informações a respeito da evolução do paciente são fornecidas somente pelo médico assistente, uma vez que na UTI só atuam plantonistas, não contando com nenhum Intensivista em seu quadro funcional. Os familiares não têm um horário definido para receber informações, devendo esperar a visita diária do médico, a qual nem sempre ocorre no mesmo horário, gerando assim sentimentos de angústia, ansiedade, depressão.

Muitas vezes, os familiares sentem-se perdidos, sem informações claras sobre o diagnóstico, a evolução e o prognóstico, causando desespero e sofrimento para as famílias em geral. Estes sentimentos podem aparecer de forma mais intensa, quando o paciente que está na UTI deu entrada nesta, em situação crítica de vida, após algum incidente trágico e inesperado, tornando-se um dos maiores geradores de estresse para a família e equipe. Estes sentem-se desamparados e totalmente perdidos, não sabendo como proceder e a quem recorrer.

Essa situação pode influenciar de forma muito negativa, especialmente quando estes são familiares de potenciais doadores de órgãos, que têm de decidir pela doação ou não. Para Santos e Massarolo (2005), a falta de informação e a forma como a família é recebida na UTI pelos profissionais de saúde, influenciam na decisão destes quanto à doação. Especialmente quando os familiares não confiam na equipe, ou não receberam as informações necessárias sobre o tratamento e evolução do paciente. Estes serão contrários a doação e responsáveis por difundir uma ideia negativa sobre a captação de órgãos na comunidade na qual estão inseridos.

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os integrantes da equipe de enfermagem que atuam diretamente com o potencial doador de órgãos na UTI, que tenham participado pelo menos de três processos de captação de órgãos e que aceitaram participar do estudo. Esta equipe, como já relatado anteriormente, é constituída por vinte e quatro técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros. Alguns membros já atuam na unidade há mais de dez anos, enquanto outros foram admitidos há menos de seis meses. Quatro técnicos de enfermagem estão realizando o curso de enfermagem, e um o curso de graduação em Educação Física. Três enfermeiros fazem o Mestrado em Enfermagem, sendo dois na UFSC (MINTER) e um na Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. O quarto enfermeiro realiza o curso de Especialização em Terapia Intensiva. Os enfermeiros que, realizam mestrado, atuam há aproximadamente cinco anos nesta unidade. Enquanto que o quarto foi integrado a equipe há menos de um ano.

Com a finalidade de preservar o anonimato e o sigilo dos participantes, optou-se por identificá-los através da letra E maiúscula, associando um número que está relacionado com a ordem da realização das entrevistas. Os integrantes do estudo eram constituídos de técnicos de enfermagem e enfermeiros. Essa última categoria só contou com um representante, porque um membro alegou pouca disponibilidade de tempo e não aceitar fazer parte do estudo, e o outro membro da equipe por estar em licença gestacional.

O estudo contou com a participação de 13 técnicos de enfermagem, apesar de a unidade contar com 24 técnicos. Na época da realização do estudo, muitos funcionários novos havia sido integrados á equipe, não preenchendo o requisito de ter participado de três processos de captação. Alguns optaram por não participar do processo, alegando pouca disponibilidade de tempo. Entre os participantes, 13 são do sexo feminino e um do masculino. As idades variaram entre 22 e 40 anos; 11 são católicos e três evangélicos. Dentre os católicos, a maioria se manifestou como não praticante. Oito dos participantes são casados, um separado e cinco solteiros, sete têm filhos. O tempo de atuação na unidade varia entre seis meses e 10 anos.

4.5 COLETA DE DADOS

Para a realização do estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os integrantes da equipe de enfermagem da UTI. As questões foram elaboradas tendo como base a Teoria de Enfrentamento de Lazarus e Folkman. O roteiro elaborado encontra-se no Apêndice A.

Segundo Minayo (2008), a entrevista semiestruturada pode associar perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, possibilitando ao entrevistado falar livremente sobre o assunto em pauta. Durante a investigação realizada, quando da realização das entrevistas, os participantes foram orientados a pensarem no atendimento que haviam prestado ao potencial doador, procurando lembrar as situações que consideraram mais difíceis, que causaram sofrimento, ou até mesmo intenso sofrimento. Esta estratégia está embasada nos escritos de Pinheiro; Tamayo; Troccóli (2003), que referem ser importante utilizar estratégias que façam o entrevistado se reportar ao contexto vivenciado/vivido, quando são realizados estudos no ambiente de trabalho.

Antes da realização da entrevista propriamente dita, os entrevistados foram orientados sobre a finalidade do estudo, o de ampliar o conhecimento científico sobre o tema, cujos resultados poderão vir a contribuir no processo de captação de órgãos de potenciais doadores, na assistência destes, no conhecimento dos sentimentos da equipe de enfermagem e apoio a estes, e, finalmente, para o ensino da enfermagem e outras profissões da saúde.

As entrevistas foram realizadas, geralmente no início de cada plantão (vespertino ou noturno), ou após o término deste. Foi utilizada a sala de lanches da unidade. Estas entrevistas tiveram duração de aproximadamente uma hora. Apesar do pesquisador ter se colocado a disposição para realizar as entrevistas fora do ambiente de trabalho (na residência do entrevistado ou outro local solicitado por eles), nenhum dos integrantes da equipe demonstrou interesse, alegando outros compromissos. Antes da realização da entrevista, o entrevistado foi orientado sobre o apregoado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que define sobre as pesquisas em seres humanos. Após foi solicitado autorização para utilizar gravador, além de realizar a solicitação, do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual se encontra no apêndice B desse estudo. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a

outubro de 2009.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizada análise de conteúdo temático (MINAYO, 2008), que é constituída por três fases: a primeira é constituída da pré-análise, em que são escolhidos os documentos a serem analisados, podendo fazer parte a leitura flutuante á constituição do corpus, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

Nesta primeira fase de análise do estudo, foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas transcritas na íntegra. É importante salientar, que a transcrição foi feita logo após a realização das entrevistas, o que facilitou a sua compreensão. Além destas, foram registradas as anotações acerca da impressão sobre o entrevistado, os aspectos gestuais e expressões faciais, o não dito.

Na segunda etapa da análise, segundo Minayo (2008), ocorre a exploração do material, em que o investigador procura identificar as palavras e expressões significativas. Neste momento, foi realizada a leitura das entrevistas com maior aprofundamento, em parceria com a orientadora, com a finalidade de obter a codificação das falas, sendo estabelecidas as unidades de significação. Estas foram codificadas tendo como referencial a teoria do enfrentamento. A partir dos códigos foram estabelecidas as grandes categorias que foram: 1- O cenário da UTI, 2- As situações geradoras de estresse; 3- As estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem; 4- Percepção da equipe de enfermagem quanto á doação de órgãos

Segundo Minayo (2008), a terceira e última etapa é constituída da interpretação e tratamento dos dados obtidos. Neste estudo, procurou-se estabelecer uma relação entre os resultados e a literatura pertinente ao tema: doação de órgãos, transplante, UTI e finalmente, a teoria do enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi inicialmente encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECO), após ter sido aprovado protocolo N°173/09 pelo referido Comitê foi

encaminhado á direção do Hospital para sua aprovação. Posteriormente, foram realizados encontros com os integrantes da equipe da UTI, quando foram esclarecidos acerca das finalidades do estudo e da importância de suas participações, além da possibilidade de participarem ou não e de poder retirar-se da pesquisa em qualquer momento. Foram orientados ainda sob a garantia de anonimato na divulgação dos dados, bem como da necessidade do preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme o apregoadado pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após leitura meticulosa das entrevistas realizadas, os dados foram analisados á luz do referencial teórico, o qual entende que o enfrentamento acontece como um processo, ou seja, tem de haver uma situação que é avaliada pelo indivíduo como responsável por desencadear a necessidade de encontrar formas de atuar junto a elas. Neste estudo foram identificadas as situações que estão relacionadas com o surgimento do estresse do individuo na relação com o potencial doador e sua família, e as estratégias mais utilizadas nessas situações.

Através da realização do estudo, foi possível identificar que a maioria da equipe que atua junto ao potencial doador e sua família na UTI, onde o estudo foi realizado, considera essa uma situação de estresse e utiliza de ações/estratégias para poder conviver com este fato como será descrito a seguir.

5.2 SITUAÇÕES GERADORAS DE ESTRESSE

Lazarus e Folkman (1984) definem como estressor acontecimentos, situações capazes de provocar dano ao individuo, fazendo com que este avalie a situação, na busca de encontrar formas de agir frente a estas, na tentativa de reduzir o dano causado pela situação estressora, ou seja, de sentir-se melhor frente a estas. Estes autores consideram os estressores como parte integrante do cotidiano, uma vez que o individuo geralmente vai se deparar com situações que exigem dele, capacidade de adaptação.

A equipe de enfermagem, ao atuar junto ao potencial doador de órgãos e sua família, enfrenta situações no seu cotidiano de trabalho que podem causar estresse, sofrimento, dor ou até mesmo interferir na sua atuação. Segundo Lazarus e Folkman (1984), nestas situações o indivíduo avalia a forma como o evento vai interferir no seu bem-estar, podendo caracterizá-lo como: irrelevante, estressante ou benigno. Estes eventos estressantes podem ser identificados como um prejuízo, uma ameaça ou um desafio. A partir dessa classificação, o indivíduo analisa os recursos que possui para lidar com o evento estressor, avaliando o quanto isso vai custar, o que pode ser feito. Situações do cotidiano, como desemprego, instabilidade econômica, problemas de relacionamento, doenças, perdas materiais e humanas, vêm sendo

relatadas cada vez mais pelos indivíduos como fonte de estresse, com as quais têm de aprender a lidar e buscar superá-las.

Algumas situações foram vivenciadas pelos membros da equipe, ao prestarem o cuidado ao potencial doador de órgãos e sua família. Foram estas responsáveis por provocar uma sobrecarga ou exceder os recursos de adaptação do indivíduo, causando algum tipo de dano neste, ou seja, situações que desencadearam estresse neles. Estas foram classificadas a partir da teoria de Lazarus e Folkman (1984) como: ameaça; prejuízo ou desafio. Os participantes relataram ter se sensibilizado mais com algumas situações, sendo elas: 1- Identificação com a situação; 2- Interrupção da vida de forma precoce; 3- Fracasso como profissional; 4- Dúvida da ME; 5- Medo da morte; 6- Pouco conhecimento sobre o tema.

5.2.1 Ameaça

Segundo Lazarus e Folkman (1984) as ameaças são perdas antecipadas, estão relacionadas a eventos que ainda não ocorreram e que despertam no indivíduo a necessidade de uma avaliação a seu respeito, a cerca da possibilidade de ocorrerem, quando vão ocorrer e o que isso trará de conseqüências. Despertam no indivíduo a necessidade de uma avaliação da sua capacidade de administrar a situação, quais os recursos possui e o que pode ser feito para reduzir os danos. Quanto maior for o compromisso do indivíduo em relação à situação, maior será sua vulnerabilidade.

Na atuação da equipe de enfermagem que trabalhou no processo de captação de órgãos, foram identificadas como ameaças as seguintes situações:

5.2.1.1 Identificação com a situação

Durante a atuação do profissional de enfermagem no processo de captação de órgãos, algumas situações levam-no a identificar-se com o potencial doador, sua família, devido a experiências anteriores, vivências pessoais, e até mesmo pela sua atuação no ambiente, onde este cuidado é prestado. Para Silva, Sanches e Carvalho (2007), nesse ambiente podemos encontrar profissionais cansados e estressados.

Caracteriza-se por ser um ambiente hostil, com cobranças constantes, pouca valorização da equipe, problema de estrutura física e falta de material e pessoal. Segundo Gomes (1998), o atendimento realizado aos pacientes graves é mais eficiente quando prestado em unidades específicas que contam com recursos apropriados. Isto pode ser confirmado através das falas a seguir:

O problema é quando ocorre com paciente jovem e é repentino, aí abala mais a família, apesar de nunca estarmos preparados para perder alguém da família. Aí tu vê. Não tem como não se envolver com o sofrimento de uma mãe, com o desespero. É impossível ver tanto sofrimento das famílias, e não sofrer junto, não se envolver (E13).

A paciente que me lembro é uma senhora, ela tinha uns quarenta anos, estava em casa com o filho pequeno, aí teve uma dor de cabeça forte. Quando chegou na UTI, eu lembro dela conversando, falando com a gente, contando do filho. Aí no outro dia, quando eu cheguei para trabalhar, ela estava em protocolo, fazendo o segundo exame para confirmar a ME. Foi bem estranho, difícil mesmo. Ali deu para perceber como isso pode acontecer de uma hora para outra, com qualquer um. Eu também tenho só um filho como ela tinha. Eu fico pensando, pode ser com qualquer um, até mesmo com a gente... (E10).

Além das manifestações verbais dos profissionais durante as entrevistas, foi possível perceber suas expressões faciais que denotavam tristeza, angústia e intenso sofrimento. Um fato que chamou muita atenção nesse estudo foi que os profissionais, ao prestarem cuidado ao potencial doador e sua família, costumavam colocar-se no lugar destes, imaginando como seriam suas próprias reações, em situações semelhantes. Este pode ser considerado um dos principais causadores de estresse.

Outro fator de estresse, verbalizado pelos membros da equipe, aparece quando o potencial doador caracteriza-se por ser o mantenedor da família, o responsável pelo suporte financeiro e emocional desta. Com a morte deste membro, a família terá que enfrentar novos desafios

como o desdobramento financeiro, emocional até a possibilidade da desestruturação familiar. Podemos perceber a preocupação do entrevistado com essa situação. Isso ocorre a partir da própria identificação com a situação, como nos relatos a seguir:

Não consigo lembrar o nome da paciente, mas era uma senhora jovem que teve um aneurisma. Tinha filhos pequenos, esposo jovem. A gente se coloca no lugar, e se fosse eu nessa hora partindo deixando meus filhos pequenos? Agora, no início todo mundo se envolve, ajuda, mas depois, se vier uma madrasta? Cuidar dos filhos, só a mãe que sabe. Naquele dia me coloquei no lugar dela, quando fomos levar para o Centro Cirúrgico para a retirada, fiquei pensando nos filhos dela, foi muito triste. Isso deixa a gente abalada, né. O sofrimento é de quem fica, dos filhos pequenos. É sofrido pensar nisso. (E5)

Me lembro de um homem, devia ter uns quarenta anos, se acidentou trabalhando em casa, caiu do telhado. A esposa dele estava desesperada, sem saber o que fazer. O casal tinha quatro filhos pequenos. Ela contou que sempre foi dona de casa, morava no interior, o marido era o responsável por tudo em casa. A mulher estava completamente perdida, sem saber o que fazer, como ia tomar conta da casa, dos filhos. Afinal, ela nunca trabalhou, não tinha uma renda. É triste perceber o quanto a estrutura da família fica abalada ... (E9)

É importante lembrarmos que, além do indivíduo ser parte da família, tendo laços afetivos e emocionais que o unem a ela, este também tem seu papel na sociedade. E na estrutura social, cultural e muitas vezes econômica dessa família, e quando este membro é afetado, toda a estrutura familiar será alterada. Necessita com isso, de cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

O cuidado implica em envolvimento/engajamento com o outro, tem definições tanto na língua portuguesa quanto na inglesa que definem como ter pelo outro afeição, importar-se, proteger, gostar. Na língua portuguesa, relaciona-o com a imaginação, o pensar, causar inquietação, empregar a atenção (WALDOW, 2001). Sentimentos como

estes que foram percebidos durante as entrevistas com a equipe de enfermagem, o imaginar-se na situação do outro, apegar-se á família, entre outras.

5.2.1.2 Medo da morte

Ao prestar o cuidado aos pacientes na UTI, o membro da equipe de enfermagem depara-se com um de seus maiores temores, a morte. Segundo Palú, Lambronicí (2004), conhecemos a morte através do outro, através da morte do outro, cujas vivências jamais nos serão acessíveis em sua real dimensão.

Conforme Leis (2003), diariamente ouvimos, na mídia, relatos sobre mortes. Alguns destes em detalhes. Quanto mais sanguinolenta e trágica a morte, melhor para os meios de comunicação, que conseguem captar mais amplamente a atenção do telespectador, obtendo altos índices de audiência. Entretanto, isso não faz com que as pessoas tenham domínio sobre o tema e a encarem com naturalidade. Pelo contrário, cada vez mais no ambiente doméstico se busca esconder a morte. Atualmente, esta deve acontecer no hospital, escondida, longe das pessoas, dos familiares, em um ambiente protegido e asséptico, onde ninguém possa visualizá-la e confrontá-la.

A morte deixou de ser algo natural e a relação do ser humano com ela vem mudando ao longo do tempo. Ela que antes era vista como algo natural, própria da vida que deveria ocorrer no ambiente privado e doméstico junto á família, passou a ser encarada como algo desagradável, inquietante, angustiante, que não deve ser comentado. Seu nome jamais deve ser pronunciado, ela deve ocorrer dentro das paredes de um hospital, longe de tudo e de todos. A vida, a continuidade do indivíduo, vêm sendo cada vez mais valorizadas, com a descoberta de tecnologias e métodos de prolongamento, numa tentativa de negar a própria morte e a finitude humana. Isso ocorre principalmente junto aos profissionais de saúde que investem cada vez mais na recuperação dos pacientes, sendo considerado um fracasso, quando não ocorre. (KUBLER-ROSS, 2000; PALU; LABRONCINI; ALBINI, 2004; BENDASSOLLI, 2001).

Segundo Kubler Ross (2000), a morte é algo medonho, pavoroso, e nessa situação os membros da equipe se veem frente a um dos seus maiores temores, a finitude, como podemos ver nos relatos a seguir.

Para mim, é triste cuidar desses pacientes,

principalmente porque a maioria que a gente vê tem a minha idade. Eu fico pensando se fosse comigo, tenho tanta coisa para viver. Eles também, deveriam ter, e agora estão lá... (E4)

Eu não gosto de pensar muito sobre a condição desses pacientes... Pensar que eles estão mortos. Na verdade eu não gosto de pensar na morte, eu tenho medo de morrer, não posso nem imaginar isso, sabe... (E7).

Nesta luta do indivíduo pela imortalidade e negação da morte, os transplantes de órgãos podem ser encarados pela família e equipe como uma possibilidade de continuidade do indivíduo, uma forma da equipe encontrar um objetivo para a sua atuação, como podemos visualizar nos relatos a seguir:

Trabalhar com esses pacientes abala bastante a gente. E eu tento ver ele no sentido do outro, para quem ele vai doar os órgãos. Para ele, não adianta mais, mas pelo menos, não é em vão. Eu cuido dele pensando no receptor, que tenho que fazer tudo que é possível para manter os órgãos funcionando, para poder ajudar o máximo de pessoas e manter uma parte dele viva... (E4)

5.2.1.3 Dúvida da Morte Encefálica

Para Pita e Carmona (2004), o ser humano durante sua história sempre teve medo da morte e medo dela não ser corretamente diagnosticada. O medo de ser enterrado vivo, a tafofobia. Este medo constitui a base da desconfiança em relação aos meios de definição e diagnóstico da Morte Encefálica, criando o mito do doador vivo. Atualmente, existem evidências da relação da morte por falência cardiorrespiratória estar relacionada a lesões irreversíveis resultantes da anoxia cerebral. Entretanto, este conceito demorou anos para se sobrepor á visão cardiocêntrica. A necessidade de estabelecer um diagnóstico de morte cerebral surge da necessidade técnica de definir a utilização de tecnologias de manutenção dos órgãos de um potencial doador e não da necessidade filosófica ou ética.

Segundo Vargas e Ramos (2006) o termo ME passou a ser utilizado na década de 60 com o objetivo de facilitar o processo de doação de órgãos e justificar o desligamento dos aparelhos responsáveis pela manutenção da respiração artificial do paciente. Mesmo após a constatação da ME um indivíduo pode ser mantido por horas, dias e até mesmo semanas, com o coração batendo naturalmente. A necessidade da definição do momento da ME pode ser associada ao empenho de criar uma definição da forma de proceder diante a este fato diminuindo as duvidas nessa situação.

Durante a realização do estudo, foram evidenciadas algumas falas que demonstram que o medo do doador vivo está presente entre alguns profissionais que atuam junto ao potencial doador de órgãos como podemos evidenciar nas falas a seguir:

Eu às vezes entendo quando a família tem dúvidas de ser um doador porque é difícil de acreditar que ta morto, como pode? O coração ta batendo ele ta quentinho, e ainda quando tem aquele negócio de reflexo é mais difícil ainda, porque aí o paciente ainda se mexe... (E3)

Sabe às vezes, tu fica meio em dúvida sobre esse negócio de estar morto e o coração ainda bate, aí tu fica sabendo de gente que diz que ouviu falá de pessoas que tiveram os órgãos roubados, ou então de outros que ficaram um tempo na UTI e diziam que tava morto e hoje em dia estão aí bem vivos....é de ficá pensando né...(E11)

Através dessas falas, podemos verificar o quanto o tema é complexo e ainda traz dúvidas a seu respeito, sendo necessário um esclarecimento da população e até mesmo dos profissionais que atuam junto ao processo de captação de órgãos.

5.2.1.4 Fracasso como profissional

Outro sentimento presente nas falas de alguns dos membros da equipe de enfermagem é a sensação de impotência, de não ter conseguido cumprir o seu papel. Afinal, a finalidade da atuação da enfermagem é a recuperação do paciente, a manutenção da sua vida.

Para Poles e Bouso (2006), os profissionais de saúde podem encarar esta situação como um fracasso, o que pode estar relacionado à resistência de perceber a morte como algo natural, inerente ao ser humano. Em consequência disso, buscam desesperadamente realizar o máximo de técnicas possíveis para a manutenção do ser humano.

Com esse paciente, eu acho que às vezes a gente tem o sentimento de fracasso sabe, você faz tudo por ele e aí vê que não adiantou nada. Ninguém gosta de perde o paciente, sabe e com esse, tu sabe que não adianta mais, que para ele não tem mais o que fazer (E7).

No primeiro dia que eu trabalhei na UTI, foi o fim para mim, porque era um paciente jovem, que foi amputada a perna. Aí eu lembro que cuidei dele o plantão inteiro, e no final do plantão ele morreu. Aí eu lembro que eu cheguei em casa e chorei tanto, tanto. Eu só pensava em tudo que foi feito, e ele morre no final. Não é justo (E8).

Também abala saber que tudo o que a gente fez para ele, não adiantou. Não tem mais jeito. Quando a família doa ainda agente vê um motivo. Mas têm aqueles, que não doam, ai fica aquele sentimento que foi tudo em vão (E5).

Através dessas falas, podemos perceber que os profissionais encaram a morte como uma perda, pois durante a sua formação esse tema tem sido pouco abordado. Em algumas escolas nem se discute a problemática. Por esse motivo, os profissionais não estão preparados para esse tipo de situação, e quando ocorre é como algo a ser evitado. Os cursos preparam os profissionais da saúde com o intuito de preservar a vida, lutando ferozmente contra a morte.

A equipe de enfermagem, dentre os profissionais da saúde, é a que vivencia com maior intensidade os sentimentos de angústia, pois permanecem mais tempo com os pacientes nas 24 horas do dia. A forma como esses profissionais percebem a morte está relacionada às suas experiências de vida e formação profissional. Segundo Silva, Sanches e Carvalho (2007), este é um dos ambientes mais estressantes e tensos do hospital, afinal, ali a morte é uma constante, além do contato direto com o ser humano em sofrimento. Atualmente, a equipe de enfermagem,

principalmente a que atua junto ao paciente crítico, encontra-se frente a uma dualidade de sentimentos: a luta pela vida, a negação da morte e, por outro lado, a necessidade de proporcionar uma morte digna e de qualidade ao paciente. (BELATO et al., 2007; PALU; LABRONCINI; ALBINI, 2004). Como pode ser visualizada nos relatos das entrevistadas a seguir:

Eu acho que o ambiente da UTI, ele é o mais pesado, pois exige mais da gente. É um ambiente fechado, tu não vê o sol. Às vezes, não tem nenhum paciente que conversa, tu não vê retorno, não vê o paciente sair melhor, também tem a interferência do barulho são muitos alarmes, bips. Tem dias que é tudo ao mesmo tempo, tem momentos que o som constante atrapalha... (E3).

Para Lazarus e Folkman (1984), quanto mais um indivíduo estiver comprometido com uma situação ou ambiente, maior poderá ser o risco de estresse. Diante da morte, a equipe poderá sofrer um intenso estressor.

Frente a esta situação, nos questionamos, afinal, como deve ser a atuação dos membros da equipe de enfermagem, considerando que o cuidado prestado pela enfermagem tem que ser humanizado, efetivo e engajado? Quando os profissionais conseguem interagir efetivamente com o paciente e familiares, colocando-se no lugar destes, podem chegar a desenvolver uma situação de estresse. Como realizar o cuidado de forma efetiva ao potencial doador, sem entrar em um processo de estresse? Para isso, os profissionais devem saber compreender suas próprias emoções e limitações, buscando formas de estratégias de enfrentamento para serem utilizadas.

5.2.2 Prejuízo/perda

Segundo Lazarus e Folkman (1984) as alterações na natureza do relacionamento pessoa-ambiente, os eventos incapacitantes ou mesmo que abalam a autoestima, as reações que isso provoca, e suas implicações podem resultar em prejuízo ao indivíduo. Os eventos de vida mais prejudiciais são aqueles que envolvem situações com as quais o indivíduo está profundamente envolvido. Prejudica, ameaça

preocupações ou prejuízos que ainda não tenham tido lugar, mas são esperados, mesmo quando um dano / prejuízo/ perda já tenha ocorrido, é sempre fundido com ameaça, pois muitas vezes o indivíduo tem situações de perda, em que ele pode ter consequências futuras. Além disso, é impossível a separação dos processos cognitivos de cada estágio de uma situação estressante. O enfrentamento dessa situação ocorre como um processo, em que o indivíduo vai descobrindo aos poucos a sua realidade da mesma e o quanto essa perda pode afetar sua relação com o ambiente.

Neste estudo, foram identificadas como perda/prejuízo as seguintes situações:

5.2.2.1 Interrupção da vida de forma precoce

Um fator de estresse, referido pelos participantes, está relacionado ao fato de que a grande maioria dos potenciais doadores é constituída por pessoas jovens que têm suas vidas bruscamente interrompidas e de forma inesperada. O morrer, apesar de fazer parte do ciclo evolutivo do ser humano, quando ocorre com pessoas jovens e até mesmo com crianças, pode ser interpretado como uma interrupção precoce deste ciclo, causando na família sentimentos de impotência, sofrimento e intensa dor. Afinal, é da ordem natural da vida esperar que os pais morram após os filhos (BOUSSO; ÂNGELO 2001). Inclusive não existindo uma denominação para pessoas que perdem seus filhos, mas existe uma denominação para filhos que perdem seus pais, como por exemplo, “órfão”. Como para casais que perdem seus cônjuges, companheiros (as), “viúvo, viúva”. Embora estas sejam situações que provocam tristeza, às vezes até mesmo intensa tristeza, parece não ter comparação, quando pais perdem seus filhos.

Conforme Loureiro (2008, p. 855)

a morte, evento universal para todos os seres vivos, não se refere apenas aos idosos. Em qualquer idade, ela, a inominável, a famigerada, a horrenda - qualificativa bem ocidental – que pode se apresentar sem pedir licença, e sem se incomodar com o muito ou pouco tempo vivido por sua vítima.

Esta situação foi inúmeras vezes relatada pelos participantes, que em sua maioria demonstrou intenso sofrimento, ao recordar esse momento, conforme pode ser visualizado a seguir:

Para mim, um dos pacientes que mais me emocionou foi uma menina que se acidentou com o namorado. Ela saiu de casa para ir estudar com as colegas. E foi passear com o namorado. Ai eles tiveram o acidente. A mãe dela contou que estava com tudo pronto para comemorar os 15 anos da menina (vestido, salão e tudo mais). Era filha única. O sofrimento daquela mãe e daquele pai acho que nunca mais vou esquecer... Aí você se sente impotente, incapaz, diante de tudo o que a gente faz especialmente quando se perde o paciente no final. É muito triste... (E7)

Acho que como a gente é mãe, a gente se coloca no lugar do outro. Quando é criança, a gente fica pensando e se fosse eu, se fosse meu filho? Quando é criança mexe mais com a gente, sei lá, é pensar na família (E3)

Podemos verificar, no que foi exposto nas falas dos entrevistados, que as situações estressoras são percebidas de forma particular, individualizada e única. Apesar dos participantes do estudo vivenciar as mesmas situações em um mesmo ambiente, cada um relatou uma situação em especial da qual lembrava, relacionando-a a algo responsável por afetar sua estrutura emocional. Este fato evidencia a integração do referencial teórico de Lazarus e Folkman (1984) com o tema estudado, uma vez que os autores concebem o indivíduo como ser único, com suas formas individuais de pensar e fazer, o que se evidencia quando avaliamos que cada um tem uma reação frente à situação em particular. Alguns se identificam com a perda de um ente querido, outros, com o medo da morte, e alguns, com a morte relacionada aos jovens.

5.2.3 Desafio

Segundo Lazarus e Folkman (1984), os desafios não excluem as

ameaças. A promoção de emprego, por exemplo, é susceptível de ser apreciada como um potencial de ganho de conhecimento e reconhecimento das competências e recompensa financeira. Ao mesmo tempo implica risco da pessoa que está sendo colocada á frente de novas demandas e pode não executá-las tão bem quanto o esperado. Portanto, a promoção pode ser avaliada como um desafio ou uma ameaça. As avaliações de ameaça e desafio são distintos uns dos outros pelo seu componente cognitivo (situação de dano ou perda potencial contra domínio ou ganho) e seu componente afetivo/emocional (emoções positivas versus negativas). Situações de stress podem ser avaliadas como um desafio devido aos esforços de enfrentamento cognitivo que permitem á pessoa ver os episódios através de uma luz mais positiva ou através de mudanças no ambiente que alteram a relação conturbada do indivíduo com o ambiente. Desafio tem implicações importantes para a adaptação. Por exemplo, pessoas que são incentivadas pelas circunstâncias a se sentir desafiadas, provavelmente, têm vantagens sobre as que se sentem ameaçadas, na sua autoestima e saúde somática. Os desafiados são mais propensos a ter uma melhor auto-estima, porque o desafio pode significar um sentimento positivo, acompanhado de sensações prazerosas, tende a ser benéfico, pois o indivíduo se sente mais confiante, menos sobrecarregado emocionalmente, mais capaz de avaliar os recursos disponíveis, para enfrentar a inibição ou o bloqueio.

5.2.3.1 Pouco conhecimento sobre o tema

Durante as entrevistas realizadas, o desafio pode ser visto na necessidade da equipe ter maior conhecimento sobre a morte encefálica, sobre os cuidados a serem prestados ao paciente, para manter o potencial doador, viabilizando desta forma a doação de órgãos como podemos visualizar a seguir:

No início, nos primeiros, eu tinha dificuldade, não entendia muito bem desse negócio de morte encefálica. Como pode o paciente com coração batendo ta morto. Eu pensava ué, isso é meio estranho, tive que ir estudar, aprender sobre isso, para poder entender e cuidar melhor do paciente... (E2)

Este paciente exige mais da equipe, tem que ficar

mais atento. Tu sabe que se a família decide por doar tem que cuidar para que ele não faça parada antes da captação. Eu tive que aprende muito para poder cuida melhor desse paciente, a gente sabe que é uma luta contra o tempo, mas é bom saber que outras pessoas receberam os órgãos... (E11)

Com a alteração da forma como a morte passou a ser percebida, criou-se uma situação nova para atuação da equipe de enfermagem, afinal esses profissionais têm de cuidar de um ser humano que teve sua morte constatada, mas que mantém órgãos vivos tem de conviver com a dualidade vida/morte e todas as implicações éticas, morais e legais envolvidas com o tema, com o intuito de manter a vida de outro ser humano. A equipe de enfermagem esta diretamente relacionada a este processo de manter o potencial doador, é responsável por cuidar do receptor dos órgãos, além de fazer parte do processo de constatação do momento da morte. (VARGAS; RAMOS, 2006).

Essa necessidade de atuar junto a esta nova realidade pode ser encarada por esses profissionais como um desafio a ampliar seus conhecimentos sobre o tema, discutir e repensar sua atuação e seus conceitos sobre a morte a vida a solidariedade, com o intuito de aprimorar o cuidado ao potencial doador e facilitar a sua atuação no processo de captação de órgãos.

5.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Durante a realização do estudo, foram categorizadas as principais estratégias de enfrentamento que apareceram junto à equipe de enfermagem, considerando-se para tal a definição de Lazarus e Folkman (1984), a qual define como estratégias de enfrentamento as ações desenvolvidas pelo indivíduo em situações consideradas como ameaça ou prejudiciais a ele. O problema será enfrentado basicamente de duas maneiras, com atitudes voltadas a transformar a situação; ou então destinadas para a emoção, que são ações voltadas ao controle do estado emocional, resultantes do estresse. Geralmente a utilização de uma estratégia não exclui a utilização de outra, por tratar-se de um

processo. Toda vez que o indivíduo está frente à situação de estresse, ele realiza uma avaliação dessa. Quando conclui que não possui componentes, o indivíduo poderá valer-se de quantas estratégias se fizerem necessárias, ou daquelas disponíveis, em determinada situação. Ficou evidenciado no estudo que muitas vezes os indivíduos utilizam estratégias focadas na emoção ao mesmo tempo que utilizam as centradas no problema.

Situação semelhante foi constatada em um estudo realizado por Barnabe e Dell'Acqua (2008), intitulado Estratégias de Enfrentamento (coping) de Pessoas ostomizadas realizado com 11 pacientes ostomizados em tratamento junto ao Núcleo de Assistência ao Ostomizado (NAO) do Hospital de Clínicas de São Paulo, as autoras do estudo concluíram que as pessoas envolvidas apresentaram a coexistência de estratégias voltadas ao problema e das voltadas para emoção.

Durante a realização da categorização dos dados, as estratégias foram reagrupadas em duas grandes categorias, estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção.

5.3.1 Estratégias focadas na emoção

Algumas estratégias de enfrentamento são voltadas para o controle das emoções, resultantes ao estressor, numa tentativa de alcançar o equilíbrio emocional. São as ações que o indivíduo desenvolve, visando ao seu bem-estar que estão diretamente relacionadas a ele. No estudo, aparecem como atitudes voltadas para ao controle emocional, a procura de suporte social, como a família, os amigos, entre outros; a aceitação da realidade e outras que o indivíduo procurou realizar na tentativa de promover o seu bem-estar físico e emocional.

Os membros da equipe de enfermagem que realizam o cuidado ao potencial doador e participaram do estudo apresentaram atitudes como as descritas a seguir, numa tentativa de controlar as emoções. São atitudes que não modificam o ambiente estressor ou a situação responsável por causar estresse, mas têm a finalidade de equilibrar as emoções do indivíduo.

Lazarus e Folkman (1984) consideram que as estratégias voltadas ao sentimento têm o objetivo de reduzir a sensação desagradável causada pelo estressor. Muitas vezes podem incluir

atividades simples do cotidiano, como caminhar, fumar um cigarro, dar um passeio, conversar com as pessoas, entre outras.

Quando eu fico triste com essas situações, eu vou para casa, lá recupero meu equilíbrio, tento andar, caminhar na natureza, penso em outras coisas. Não carrego comigo essas tristezas, evito ficar pensando muito, sabe. Evito ficar pensando em casa sobre os pacientes, faço coisas como essas que me ajudam a me sentir melhor, me fortalecem... (E11).

Às vezes tem protocolos que abalam a equipe inteira, aí a gente tem que conversar é bom falar com os colegas, ajuda. Outra coisa que ajuda é que a nossa equipe tenta manter um clima mais descontraído. Sabe como é, pensar em outras coisas. Ou então nos encontramos na casa de alguém do grupo, para conversar, fazer uma janta, aliviar o estresse (E6).

A gente tem que cuidar bem dele, tem que cuidar da melhor forma possível. Tento pensar em Deus. Quando fico muito triste com algum protocolo procuro ir na igreja, rezar, pedir ajuda e forças para Deus (E5).

Eu sou católica, tenho fé. Às vezes quando estou muito triste, ou quando é algum paciente que mexe mais comigo, eu rezo. Às vezes, choro, converso com alguém, tem a minha Irmã que me da muita força nessas horas, sabe (E7).

Nas falas acima, é possível perceber que o indivíduo busca, em ações do seu dia a dia, encontrar meios de reduzir os danos causados pelo cuidado ao potencial doador e sua família, e que pode ser causa de grande sofrimento a alguns membros da equipe. Em se tratando de estratégias voltadas para emoção, elas ocorrem em um nível somático, na busca do equilíbrio emocional do indivíduo.

Durante a realização do estudo, foi possível identificar o quanto é difícil para os membros da equipe de enfermagem prestar o cuidado necessário à família do potencial doador. Quando questionados a respeito da sua relação com a família, quase que a totalidade dos

entrevistados referiu dificuldade de atuar junto à ela, devido ao confronto com o sofrimento experienciado pela família e a sensação de inadequação na forma de agir frente a isso. Sendo assim, a esquivia é a estratégia mais utilizada pela equipe, quando se trata da família do potencial doador, como podemos ver nas falas a seguir:

Eu tento não ficar junto quando a família vem visitar, principalmente aqueles que não caiu a ficha ainda. Sabe, aqueles que não entendem, que não conseguem perceber que não tem como mudar a situação, eu acho que a maioria entende, acaba entendendo, mas não quer acreditar, quer evitar até de falar, tem esperança. Isso mexe com a gente, deixa triste ou quando tem aqueles que choram bastante, ai sim não fico perto, não sei como ajudar, então saio dali (E8).

Procuro me afastar da família, não consigo ficar junto, ou pensando no sofrimento dela. Procuro não me envolver, eu faço o meu serviço, mas sabe, me afasto principalmente quando tem aqueles familiares, mães muito emocionadas, mais despreparadas. Procuro me afastar porque a gente entra na deles e quando vê ta chorando junto (E6).

Essa estratégia de enfrentamento utilizada pela equipe reflete o seu despreparo em tratar os próprios sentimentos, deixando uma lacuna no atendimento a essa família. Muitos dos entrevistados acreditam que esse papel é função de profissional especializado, preparado para atender a família. Entretanto, na realidade da maioria dos hospitais, não é possível contar com esse profissional no momento em que a família vai visitar o potencial doador. É a equipe de enfermagem que estará presente na maioria das vezes. Além disso, não é necessário, muitas vezes, que esse profissional saiba o que dizer a essa família, mas que esteja aberto a ouvir com interesse o que ela tem a dizer.

Essa fuga da família não ocorre por falta de interesse ou compromisso da equipe de enfermagem. Ela ocorre devido ao grande envolvimento que esses profissionais acabam tendo com o potencial doador, com as vivências e experiências anteriores desses profissionais que sabem que desse encontro pode resultar uma situação de estresse.

Acreditar em algo, ter fé em alguma coisa aparece como uma das

estratégias mais utilizadas, pois quando o indivíduo passa a acreditar que há um motivo superior, para a morte do potencial doador, esse fato pode servir como um consolo. Chiavenato (1998), Kluber-Ross (2000), ao abordarem a morte, referem que o homem, desde os seus primórdios, já tentava encontrar explicações para a morte, associando-a a um castigo divino, ou á possibilidade de renascimento.

Quando se trata da família do potencial doador, e até mesmo dos próprios profissionais que atuam junto a este, a possibilidade de doação de órgãos permite que o doador permaneça vivo e de certa forma vença a morte, mesmo que seja em outra pessoa. São pensamentos que o indivíduo utiliza para se fortalecer durante a sua atuação. Essa pode ser considerada uma estratégia bastante saudável frente à situação de estresse.

Para me sentir melhor quando estou triste, penso na escolha do paciente em ser doador, que é um paciente que teve uma atitude louvável. Que para aquela família esse paciente não vai estar totalmente morto, porque uma parte dele vai permanecer viva, ajudando outros a continuarem a viver. Sabe, para ele não tem mais nada para ser feito, então que seja possível fazer outros felizes (E13).

Me sinto melhor, quando sei que foi possível manter o paciente para ser um potencial doador. Manter a pressão, a temperatura. É importante desde o início já cuidar disso, para que todos os órgãos sejam aproveitados. Me sinto melhor, quando sei que ajudei outras pessoas que ficaram tempo na fila de espera por um órgão... (E2).

Nesta fala, evidencia-se o manejo na forma de aceitação da realidade, em que o indivíduo assume sua responsabilidade no processo de transplante, como uma forma de amenizar o sofrimento causado por essa situação. Mostra, inclusive, que o cuidado de enfermagem realizado com esmero, desvelo e amor por parte da equipe de enfermagem, resulta na maioria das vezes, na manutenção do indivíduo e, conseqüentemente, em vida nova para varias pessoas que serão beneficiadas com o transplante. Em estudo realizado por Simonetti e Ferreira (2007) intitulado: Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica, os autores constataram que a maioria dos

participantes do estudo fizeram uso de estratégias voltadas para a emoção, associaram este resultado ao fato de que a maioria dos entrevistados não possui outra forma de intervir com a situação. A forma como a doação de órgãos é percebida pela equipe de enfermagem pode ser percebida como estratégias utilizadas na tentativa de modificar os sentimentos envolvidos no ato de cuidar de um potencial doador, uma vez que o principal fator relacionado à doação também não pode ser alterado, ou seja: é necessário a morte de uma pessoa para o surgimento de um doador.

O transplante cada vez mais aparece como possibilidade terapêutica para os pacientes que apresentam doença terminal de um órgão. Entretanto, ao mesmo tempo que as filas de espera por um órgão crescem ano a ano, o número de doações não acompanha este crescimento (MARTINI et al., 2008). A partir do momento em que mais pessoas conseguirem se colocar no lugar daquele que pode se beneficiar com uma doação, é possível que essa realidade se transforme.

Bettinelli (1998) considera que solidariedade é ter amor pelo outro, vendo um pouco de si no outro, é ter disposição para ajuda incondicional às pessoas. É uma conduta social que pode ser aprendida, não sendo algo de momento, mas um processo de aperfeiçoamento e melhoria, e o compartilhar de conhecimentos e sentimentos, levando a uma aproximação autêntica e verdadeira. Ela é uma verdade que pode provocar mudanças significativas na consciência do ser humano.

A doação também pode ser vista como uma possibilidade de continuidade. A partir dessa visão da doação de órgãos, aqueles que são favoráveis a ela defendem a continuidade da vida do doador no outro. Nessa visão, a doação é encarada como uma possibilidade de manter parte do doador vivo no outro, naquele que está recebendo um órgão. Os integrantes do estudo veem nisso uma possibilidade de fazer com que a vida do doador não acabe naquele momento, que o cuidado prestado não seja em vão, como podemos visualizar nas falas a seguir:

Eu acho que o que muda é quando tu vês isso pelo outro lado sabe o de ajuda outras pessoas que estão sofrendo, precisando de um órgão. Eu acho que ai independente da crença de saber se é católico, espírita, mas se ver pelo lado de ajudar os outros e que parte do familiar vai permanecer viva com aquela pessoa que recebeu. Isso facilita até para a família (E1).

Saber que o paciente está morto mexe, porque a gente acaba vendo ele, mais no sentido do outro,

para quem ele vai doar. Não vai adiantar mais para ele, mas pelo menos vai ajudar outras pessoas. Eu cuido dele pensando nas outras pessoas, pensando tenho que fazer de tudo para que todos os órgãos funcionem para quando doar poder ajudar o máximo de pessoas (E2).

Os membros da equipe de enfermagem buscam pensar no potencial doador como uma esperança de vida para outras pessoas, como nas falas a seguir.

Eu vejo de uma forma boa, porque a partir daí, outras pessoas vão ser beneficiadas, vai ajudar um monte de pessoas que estão numa situação delicada. Claro que tem o lado da família que ta sofrendo, mas ele vai ajudar outros (E4).

Eu para mim é a mesma coisa que cuida de outros pacientes, tento ver a coisa pelo lado técnico. Não é porque abriu protocolo que vai mudar o cuidado, eu cuido do mesmo jeito, tento fazer as técnicas de forma correta, como faço com os outros (E11).

Através dessas falas, percebemos que os membros da equipe tentam fazer uma reavaliação positiva da situação, na tentativa de manter o controle, sobre a situação de estresse. E viabilizar o objetivo maior, o da doação de órgãos. Para Lazarus e Folkman (1984), o indivíduo pode criar soluções alternativas para o problema ou tentar visualizar um modo positivo dessa situação. Assim ao analisarmos as falas dos entrevistados, estes buscam relacionar a morte do potencial doador com a possibilidade de vida para o receptor, como um ato de solidariedade.

Interessante observar que além do aspecto de perceber a morte de um, como a possibilidade de vida para o outro, outras estratégias podem ser utilizadas pela equipe como: apoio entre a equipe, através do diálogo dos grupos e outros recursos por eles utilizados, demonstrando claramente como a solidariedade pode ser utilizada como uma estratégia a ser utilizada frente ao estresse.

Acho que para ajudar os funcionários seria legal agente fazer algumas dinâmicas, interagindo sobre o assunto, vendo o lado bom positivo.

Acredito que isso é legal. Lembro de um vídeo motivacional que foi bem legal, é um incentivo. Podia fazer algo nesse sentido, tipo vendendo pelo lado que vai ser doado, levar para o lado da doação, que pode estar ajudando outras pessoas (E2).

A maioria é acidente. Esta assim que nem agente andando, conversando, fazendo planos, aí acontece um acidente, uma bobeira e não tem mais nada para fazer. Sabe né, prefiro pensar que um dia esse mundo vai mudar, vai ser melhor, sem tanta violência, aí não vai acontecer mais isso (E1).

O processo de doação de órgãos pode ser associado à vontade do homem de levar a vida às últimas consequências, pode refletir em uma tentativa de evitar a morte, alimentando seu desejo de imortalidade (BENDASSOLLI, 2001). A ideia da doação de órgãos faz com que a equipe que atua na UTI, tenha a sensação que a sua atuação não foi em vão. Através dela pode perceber que de alguma maneira a morte pode ser derrotada, uma vez que parte do paciente permaneceu viva no outro. Esse fato ocorre graças ao anseio inconsciente do ser humano de encontrar uma maneira de superar a morte, algo que a humanidade persegue desde os seus primórdios, e pode ser visualizado na busca incansável de técnicas, equipamentos e medicações criados pelo homem para prolongar a vida a qualquer preço.

Essa ideia de vencer a morte, também invariavelmente pode estar presente no inconsciente dos familiares do potencial doador, quando estes optam pela doação, em uma tentativa de preservar viva parte do seu familiar, algo que motiva a família a ser doadora. Sem dúvida nenhuma, os membros da equipe de enfermagem ao utilizarem as estratégias relacionadas conseguem reelaborar o processo e reduzir o dano das situações de estresse.

Outra forma de manter o controle sobre a situação de estresse ocorre quando o indivíduo passa ter atitudes de fuga/esquiva em relação ao potencial doador e sua família. Segundo Lazarus e Folkman (1984), não existem estratégias certas ou erradas, mas sim as que são eficazes naquele momento, frente a determinadas situações. O importante é que os membros da equipe consigam manter o equilíbrio frente as diferentes situações vivenciadas no cotidiano do trabalho. As falas a seguir são

esclarecedoras:

Eu procuro não me envolver muito, tipo assim né, como se eu formasse uma barreira, procuro não me envolver tanto com o paciente, porque isso pode me afetar (E8).

A partir do momento em que eu sei do diagnóstico de Morte Encefálica, para mim encerro, tá acabado, não consigo mais ir lá falar com ele. Ele não tá mais ali, fica só a parte mecânica de manter os órgãos (E9).

Outra maneira de fugir da realidade é evitar falar ou pensar claramente sobre o assunto. Alguns dos entrevistados demonstraram que muitas vezes não pensam na situação real do paciente e não o percebem como alguém que já não tem condições terapêuticas, numa tentativa de fugir de uma realidade que tem como consequência à dor e o sofrimento. Neste tipo de estratégia, o indivíduo não está tentando modificar o estressor ou mesmo sentir-se melhor, ele apenas deixa de pensar a respeito, evita ao máximo vivenciar os sentimentos que essa situação pode despertar, caracterizando-se claramente como uma fuga da realidade.

Eu não penso nesse paciente como alguém que já morreu, tento evitar pensar que esse paciente não tem chance. Tento evitar falar coisas perto dele, tipo que tá morto. Sabe, penso que ele pode estar ouvindo, eu sou muito quieta aí evito tá falando, não falo porque se ele não está ouvindo, o outro está (E6).

Às vezes quando estou muito triste comento em casa, converso com meu marido, mas não gosto muito de fazer isso, é muito triste sabe. Aí ele também fica triste, por isso prefiro não saber muito do paciente, da família dele, é mais fácil, quanto menos eu sei menos eu sofro (E12).

A doação de órgãos pode ser vista como um ato de continuidade do paciente que se foi, uma nova chance para esta família ter um alento no pensamento que a morte de seu familiar não foi em vão, que ele pode ter uma parte sua mantida viva no receptor. Bousso (2008) refere que o

ato de concordar com a doação de órgãos faz com que a família sinta-se melhor. Entretanto, pode criar nesses familiares uma falsa esperança de que vão conhecer o receptor e talvez passem a conviver com ele, o que não é realidade, pois no momento em que a família decide pela doação, ela é comunicada que não será informada a respeito do receptor.

5.3.2 Estratégias focadas no problema

Lazarus e Folkman (1984) consideram que o indivíduo, frente a uma situação de estresse, a avalia e quando a considera prejudicial, passa a avaliar a possibilidade de reagir frente a ela. Quando percebe que não possui nenhum tipo de estratégia/solução, a situação de estresse se mantém. Para minimizar a situação, o indivíduo pode utilizar estratégias voltadas ao problema, numa tentativa de reduzir os seus efeitos negativos sobre si mesmo, podendo incluir, para isso, estratégias como a negociação de um conflito pessoal, ou a procura de ajuda de outras pessoas, conversando sobre o problema, como podemos perceber nas falas a seguir:

Eu tento cuidar dele de forma técnica, fazer tudo direitinho, olhar a coisa como tem de ser tecnicamente. Não penso muito, mas naqueles casos que mexe muito com a gente, aí procuro conversar com meus colegas, minha chefe, entender. Acho que isso ajuda bastante (E1).

Em estudo realizado por Schmidt, Dell`Aglío e Bosa (2007) intitulado : Estratégias de Coping de Mães de Portadores de Autismo: Lidando com Dificuldades e com Emoção, os autores concluíram que a maioria das mães entrevistadas faz uso de estratégias diretas sobre o problema. Neste caso, os autores concluíram que o apoio e orientações recebidas pelas mães influenciam na escolha deste tipo de estratégia. No cuidado ao potencial doador, neste estudo, uma das formas de tentar controlar a situação utilizada pelos membros da equipe pode ser percebida pela maneira como estes enfatizam a técnica, o controle da situação através do controle do paciente, o que pode ser relacionado ao ambiente onde este cuidado é prestado e na formação dos profissionais que nele atuam. A maioria dos entrevistados, ao ser questionado sobre a

primeira coisa que vem a mente quando estão frente a um potencial doador, respondeu da seguinte maneira:

Quando eu sei que vou cuidar de um potencial doador eu penso que tenho que manter a pressão, a temperatura, que tenho que manter esse paciente para ser um potencial doador, penso primeiro na parte técnica (E9).

Lemes e Bastos (2007), ao realizarem um estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem no cuidado ao potencial doador, obtiveram respostas bastante semelhantes. Os profissionais sabiam elencar todos os cuidados padronizados na literatura. Referiram uma preocupação com a manutenção do corpo no sentido de manter em condições para a doação ser efetuada.

Brito e Carvalho (2003) consideram que o fato da enfermagem ter em sua formação a concepção de que não deve demonstrar os seus sentimentos frente ao paciente e familiares, pode ser considerado como um dos motivos para que a profissão seja considerada das mais estressantes. O simples fato de ter de reprimir os sentimentos pode ocasionar a fadiga, o cansaço e o estresse frequente nestes profissionais. Nas falas apresentadas, os membros da equipe de enfermagem demonstram sofrer intensamente, mas procuram não demonstrar este sentimento, muitas vezes escondendo até de si próprios, o quanto essa situação pode despertar sofrimento, angústia e dor. Historicamente, os profissionais de enfermagem deveriam manter o controle sobre os mais diferentes tipos de situações, devendo nunca expor seus próprios sentimentos. Afinal, como profissionais de enfermagem devem ter atitudes irrepreensíveis para corresponder as expectativas dos pacientes e seus familiares (COLLIÉRE, 1989).

O ato de doação de órgãos é defendido por alguns como um ato de solidariedade, de ajuda ao próximo. Aqueles que estão sofrendo em fila de espera, aguardando por um órgão que pode ser responsável por dar continuidade a sua vida, como os que esperam um transplante de pulmão ou coração ou até mesmo aqueles que podem ter uma melhora significativa na qualidade de vida; como os que aguardam por uma córnea ou um rim, muitas vezes são lembrados por aqueles que são favoráveis á doação de órgãos, como podemos observar nos relatos a seguir:

Eu vejo que a doação deve ser encarada como uma coisa boa, porque a partir daí outras pessoas

vão ser beneficiadas. É uma pessoa que vai ajudar um monte de pessoas que estão numa situação delicada, claro que tem o lado da família que tá sofrendo, mas ele vai ajudar outros e isso pode ajudar a sofrer menos (E3).

Acho que se as famílias entendessem como que é tá numa fila de espera, o quanto às pessoas sofrem, e como eles podem ajudar essas pessoas, ia ser melhor para essa família, fica mais fácil para decidir sabe ver o lado do outro, que tá sofrendo, lógico que não é fácil até porque tem que decidir rápido se não, não tem mais tempo de doar ((E4).

Através dessas falas, é possível identificar que os entrevistados, ao se colocarem a favor da doação, utilizam o compromisso com a sociedade, com o outro, com aquele que sofre em espera por um órgão como um dos motivos para que a doação seja efetivada pela família.

Outra forma de evitar o problema evidenciado está na negação do cuidado humanizado. O paciente passa a ser percebido apenas como um depositário dos órgãos a serem doados. Alguns membros da equipe de enfermagem chegam a relatar não conseguirem mais tocar no paciente, falar como antes faziam, por considerarem que ele já não está mais precisando de cuidado, o que se verifica nas falas a seguir:

Eu, para mim, acabo. Ele não está mais ali. Daí não consigo ver ele. Muda, a gente cuida para que ele viva e para outro. Para este paciente não tem mais nada, acabo, ai fica difícil, sei lá não consigo falar, tocar é estranho... ali não tem mais nada, se não fica pensando no paciente é mais fácil, porque se não agente sofre muito (E11).

Com esses pacientes, algumas vezes, também já vi que alguns colegas cuidam de forma diferente, tipo assim, não precisa muda decúbito já tá morto mesmo, não vai fazer diferença o cuidado (E3).

Através dessas falas, é possível perceber a mudança no comportamento dos profissionais e no cuidado que ocorre a partir do momento em que o diagnóstico de ME é realizado. Essa mudança não

acontece de forma intencional, mas pode ser uma das formas de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo frente a algo que vai causar sofrimento, danos emocionais e até mesmo físicos.

Em um estudo realizado por Bastos e Lemes (2007)⁶ em duas UTIs no estado de Goiás os autores identificaram que as equipes de enfermagem agiam da mesma forma relatada nessa estudada referiram que o paciente com ME é o que recebe menos atenção e cuidado por parte da equipe de enfermagem.

Esse afastamento do paciente muitas vezes vai refletir na atuação do profissional que se volta para um atendimento centrado na perfeição técnica, na preocupação com o controle de equipamentos e tecnologias presentes na UTI, prejudicando, dessa forma, o atendimento ao potencial doador e seus familiares, tendo como consequência a perda do potencial doador, pois a equipe volta suas atenções aos pacientes com chances de recuperação. Tratando-se da família, ela pode perceber este distanciamento como descaso, desconsideração ou falta de preocupação com o paciente, tornando-se contrária á doação de órgãos, quando abordada sobre o assunto.

A afirmação dos entrevistados de que estão cuidando de um órgão para ser transplantado, não mais de uma pessoa, vem ao encontro da ideia de divisão do corpo em partes, consequência do conhecimento médico-científico, predominante nos profissionais de saúde.

As estratégias de enfrentamento, que o indivíduo lança mão, podem ser utilizadas em determinados momentos. Em outras situações semelhantes, o indivíduo pode utilizar-se de outra estratégia, ou até mesmo duas estratégias associadas, frente a um mesmo problema. Quando as estratégias utilizadas forem eficazes, ocorre uma diminuição da emoção, uma superação do evento estressor (LAZARUS; FOLKMAN 1984). Em relação à atuação com o potencial doador, no momento em que a equipe de enfermagem, encontrar estratégias eficazes de enfrentamento para serem utilizadas no cuidado ao potencial doador e sua família poderá saber cuidar de si e dos demais de modo mais humano e efetivo. Ou, poderá enfim, se conhecer melhor, saber o quanto essa situação pode ser a causadora de problemas físicos e emocionais, tentando trabalhar junto a ela para se fortalecer, reduzindo o seu sofrimento e melhorando a sua atuação profissional.

⁶ Estudo realizado por Bastos e Lemes intitulado:Cuidados de Manutenção dos Potenciais Doadores de Órgãos:estudo etnográfico sobre a vivencia da equipe de enfermagem.Realizado em duas UTIs de Goiânia – Goiás.

5.4 PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Quando foram questionados acerca da doação de órgãos, dos quatorze entrevistados, somente um afirmou não ser doador de órgãos, enquanto os demais manifestaram opinião favorável à doação dos seus próprios órgãos. Entretanto alguns mostraram-se receosos ou indecisos para decidir sobre a doação de órgãos de algum dos membros de sua família, principalmente quando se tratava dos filhos, como podemos visualizar a seguir:

Eu, com certeza, sou doadora, mas acho que é diferente eu ter que decidir sobre os órgãos de alguém da minha família. Eu acho que tem que saber o que a pessoa queria, e respeitar isso. Se não sabe o que a pessoa considera de doação fica mais difícil tu não sabe, será que queria ou não (E9.)

Eu tenho dificuldade se fosse para eu decidir, teria dúvidas, quanto aos meus órgãos. Sou doadora, mas dos filhos, por exemplo, eu já não sei. É mais fácil ser a favor quando a gente ta falando dos outros, mas se é um filho da gente ai já é mais difícil. Por isso eu admiro muito essas pessoas que doam, sabe. A gente tem sempre uma esperança que vai haver volta que pode acontecer um milagre (E7).

Em relação aos motivos apontados pelos participantes para serem favoráveis á doação, temos: a possibilidade de continuidade; a possibilidade de ajudar ao próximo. É importante ressaltar que o conhecimento técnico científico parece não influenciar na decisão do grupo estudado sobre a decisão de ser ou não doador, uma vez que dos entrevistados, a totalidade afirmou entender todo o processo de confirmação da ME, inclusive considerando-se apto a explicar o processo caso seja necessário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo compreender as estratégias de enfrentamento que os membros da equipe de enfermagem de uma UTI utilizam frente às situações vivenciadas, ao cuidar de um potencial doador e familiar na captação de órgãos. Tem sua fundamentação teórica baseada na teoria de Lazarus e Folkman que serviu de alicerce para compreendermos as situações que envolvem o processo de captação e doação de órgãos e, principalmente, situações de estresse que estão envolvidas neste momento.

É importante ressaltar que a utilização desta teoria foi um desafio, uma vez que não se tinha conhecimento anterior, além da sua utilização ocorrer, na maioria das vezes, em trabalhos quantitativos, reduzindo, desta forma, uma maior discussão com os artigos em questão.

Outro fator que foi marcante e prejudicial durante a realização do estudo foi a necessidade de dividir o tempo entre as atividades relacionadas, com leituras, aulas presenciais, viagens, entre outras, e a necessidade de manter as atividades profissionais devido a necessidades financeiras e até mesmo como uma forma de preservar o vínculo com o local onde o projeto foi desenvolvido. A ideia inicial era permanecer apenas com um vínculo empregatício, tendo mais tempo para desenvolver o estudo. Durante o desenrolar do estudo não foi possível manter a idéia original, devido a vários fatores sendo necessário, então, fazer o máximo com o pouco de tempo disponível, visando realizar um trabalho de qualidade que viesse satisfazer meus anseios acadêmicos, satisfizesse o programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e realização pessoal.

Trabalhar com o tema doação de órgãos veio de encontro com a necessidade que sentia de conhecer mais sobre o tema, podendo desta maneira exercer um trabalho de qualidade e ter capacidade de responder alguns questionamentos e inquietações pessoais que apareceram durante a realização das atividades relacionadas ao processo de captação e transplante de órgãos no cotidiano da UTI.

O cenário da UTI, onde acontece o processo de captação de órgãos, é constituído por pacientes graves, com risco de morte, exigindo que a equipe exerça suas ações técnico- científicas de forma rápida e objetiva, tendo, muitas vezes, que ocultar o seus sentimentos e angústias durante esta atuação. Neste ambiente, o ser humano se vê frente a um dos seus maiores temores: a morte, a finitude, algo que os profissionais não estão preparados para enfrentar e, algumas vezes, acabam sendo o

fator responsável pelo afastamento destes, na realização do cuidado ao potencial doador e sua família.

O profissional da área de saúde tem uma formação que ainda não os prepara de forma satisfatória, tanto no que se refere ao cuidado ao paciente sem condições terapêuticas, aquele cuja morte é iminente, como não prepara para a atuação no processo de doação e captação de órgãos.

Na primeira situação, temos uma abordagem ainda tímida no que se refere ao “paciente terminal”, mas o foco da formação é a luta incansável contra a morte, em que se enfatiza a preservação da vida até o último instante. Os avanços em novas tecnologias e medicações vêm corroborar com esta ideia. A morte, na atualidade é vista como algo “antinatural”, em que o ser humano deixou de ter o direito á morte tranquila junto aos seus familiares, sendo mantido em algumas situações ligado a aparelhos em uma UTI longe da família, pois a equipe, apesar de muitas vezes ter conhecimento que esta situação é irreversível, não quer “perder” o “seu” paciente.

Esta luta dos profissionais de saúde contra a morte pode ser percebida, como uma maneira de manter a relação de poder deste para com o paciente, sendo que ele se apropria do corpo daquele que está aos seus cuidados, passando a decidir tudo a respeito da vida deste. Outro fator que pode estar presente neste momento é a incapacidade do ser humano em ficar frente a frente com a morte, mantendo-se a vida do outro a qualquer custo. Pode-se ter a ilusão de finalmente ter vencido a horrenda, a pavorosa: a morte.

Em relação ao processo de captação e doação de órgãos os profissionais não têm uma formação acadêmica que os capacite a atuar de forma segura no processo. A maioria dos profissionais tem uma abordagem superficial do tema, tendo que aprender a respeito das várias situações que estão envolvidos. O processo de captação é algo complexo, com muitas implicações éticas, legais e sociais e precisa ser encarado com mais ênfase nas escolas de formação dos profissionais.

Na realização deste estudo, através da teoria utilizada na análise dos dados, foi possível perceber claramente as fases do processo descrito pelos autores, no qual eles colocam que frente à situação estressora o indivíduo avalia o problema e procura encontrar formas de agir junto a ele. Foi possível perceber também o quanto é importante trazermos para a entrevista relatos dos participantes que tentam levá-lo a vivenciar novamente as situações estressoras, para então conhecerem o que o indivíduo pensa, ou faz neste momento frente a esta situação, e não o que ele considera como certo para ser feito.

Após a análise dos resultados, foi possível perceber o quanto a equipe de enfermagem sofre durante a atuação junto ao potencial doador e seus familiares, enfrentando situações de estresse, e, frente a elas, encontram estratégias para reduzir seu sofrimento e facilitar a atuação. Algumas vezes este profissional se emociona, sofre por identificar-se com a situação que está presenciando. Em outros momentos, o estresse está relacionado ao fato da maioria dos potenciais doadores serem jovens, e a ME ser decorrente de algo trágico e inesperado, ou então por ser o mantenedor financeiro ou psicológico da família, ou ainda por colocar este profissional frente ao seu próprio medo de morrer, ou ter de presenciar a morte de algum familiar.

Estes fatores, associados à história de vida dos membros da equipe, suas experiências junto aos pacientes e familiares na UTI, são responsáveis pelo distanciamento desses profissionais em relação ao paciente e seus familiares. Em outras situações, estes são tratados de forma fria, técnica sem envolvimento, visando somente à manutenção de um potencial doador, tentando demonstrar que estão no controle da situação. Outras acabam resultando em sentimento de dor que precisa ser compartilhado com colegas, familiares ou outros profissionais. Além disso, os profissionais ainda podem encarar essa experiência através de uma perspectiva religiosa, como algo que ocorre devido à vontade de Deus, que não pode ser alterado. Esta visão ajuda minimizar o seu sofrimento.

Todas estas formas de agir junto ao potencial doador e seus familiares são estratégias utilizadas na tentativa de reduzir o dano emocional que causam nos membros da equipe de enfermagem que atuam no processo de captação de órgãos, possibilitando a estes realizarem as suas atividades de maneira ágil e precisa como requer a atuação em uma UTI.

Este trabalho poderá ser utilizado como base para que novas pesquisas sejam realizadas, considerando a equipe de enfermagem, o potencial doador e sua família. A equipe de enfermagem que atua na UTI convive, no seu cotidiano, com a dor e o sofrimento. Este ambiente por si só é considerado como uma fonte de estresse. Entretanto, quando este é associado ao cuidado do potencial doador e sua família, a carga de sentimentos a que este profissional é submetido pode alcançar parâmetros insuportáveis. A partir do momento em que passamos a discutir estes sentimentos, o profissional pode se conhecer melhor, melhorar o seu ambiente de trabalho e a sua atuação junto a este paciente.

A enfermagem tem papel fundamental no desenrolar do processo

de captação de órgãos, pois ela atua desde a detecção do potencial doador, na manutenção deste, e quando a família opta pela doação no explante dos órgãos e no transplante dos mesmos no receptor. Além disso, na maioria das vezes, é o profissional de enfermagem que acompanha a família, dando suporte e orientação num momento tão difícil, o da perda de um ente querido que, na maioria das vezes, ocorre de forma trágica e inesperada.

Considerando-se a intensidade do envolvimento da equipe de enfermagem quando se trata da doação de órgãos, percebe-se que estes profissionais fazem da sua atuação uma entrega, um ato de ajuda ao próximo: família e potencial doador, sem, no entanto ter seus sentimentos valorizados ou mesmo ter uma oportunidade para que estes sejam revelados e explorados.

A doação de órgãos faz com que o ser humano reflita sobre temas que muitas vezes são difíceis e sofridos, como a morte, a perda, e até mesmo a capacidade de ser solidário, altruísta com o sofrimento do outro, numa situação de perda e dor. Apesar de ser um tema atual, discutido cada vez mais, o preparo dos profissionais não acompanha o seu desenvolvimento. Há algumas mudanças ocorrendo nas escolas de formação a respeito do tema transplante, doação, morte, mas ainda não é possível afirmar que o profissional tem uma formação que o prepare completamente para atuar junto ao paciente.

É importante ressaltar que o enfermeiro que atua nesta área necessita de conhecimento técnico, fundamental para a manutenção do potencial doador, o que pode viabilizar ou não o processo. Necessita de conhecimento legal a respeito do desenrolar do mesmo, uma postura ética, e, acima de tudo, uma capacidade de permanecer humano durante o cuidado ao potencial doador e sua família. É imprescindível que este profissional se envolva com esse paciente, se emocione com a família sem que isso, entretanto, seja responsável por causar sofrimento neste indivíduo, de maneira que não consiga atuar de forma adequada no processo.

A realização deste estudo pode ser percebida como um pequeno passo na ajuda aos membros da equipe de enfermagem que puderam demonstrar o quanto este é importante e abala. Entretanto, fica claro que ainda é necessário muitas ações para de criar estratégias de ajuda a estes profissionais na sua atuação. Para isso, pode-se pensar em alternativas, como grupos de ajuda, diálogo com psicólogos, ou até mesmo em reservar um momento durante a realização do processo de captação para que a equipe exponha seus sentimentos e dúvidas.

REFERÊNCIAS

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. A evolução do conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Temas de psicologia**, n. 3, p. 273-294, 1998.

_____. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Coping Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 287-312, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. Registro Brasileiro de Transplantes. **Rev. Bras. Transpl.**, v. 12, n. 2, p. 28-31, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ABTO. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em: 03 mar. 2009.

BALBINOTTI, M. A. A.; BARBOSA, M. L. L.; WIETHAEUPER, D. Consistência interna e fatorial do inventário multifatorial de *coping* para adolescentes. **Psico**, USF, v. 11, n. 2, p. 175-183, jul./dez. 2006.

BARDIN, L. **El análisis de contenido**. Trad. César Suarez. 3. ed. Madrid: Ahal, 2002. 183 p.

BASTOS, M. A. R.; LEMES, M. M. D. Cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 5, set./out. 2007.

BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: PE.Bertier, 1998.

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

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. de. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 99-104, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

BENDASSOLLI, P.F. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, p. 225-240, 2001.

BITTENCOURT-TREVISOL, C. P.; MIN, L. S.; MIN, L. L. **Critérios diagnósticos de morte encefálica**. Disponível em: <<http://neurologia.ufsc.br/artigos/outros/creterios.html>>. Acesso em: 26 out. 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 19, de 10 de outubro de 1996**. Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica de produtos para saúde utilizando seres humanos. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=663>> Acesso em: 26 out. 2008.

_____. **Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997**. Regulamenta a lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2268.htm> Acesso em: 30 nov. 2008.

_____. **Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9434.htm> Acesso em: 29 nov. 2008.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.480/97, de 08 de agosto de 1997**. Estabelece critérios para a caracterização de morte encefálica. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/servicos/cco/formularios/07_form.pdf> Acesso em: 29 nov. 2008.

_____. **Lei 10.211, de 23 de março de 2001**. Altera os dispositivos da Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.muerte.bioetica.org/legis/trasbr.htm#_Toc156664753> Acesso em: 30 nov. 2008.

_____. **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 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: 30 nov. 2008.

_____. **Portaria nº 905/GM, de 16 de agosto de 2000.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-905.htm>> Acesso em: 01 dez. 2008.

_____. **Portaria n. 1262, de 16 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: 01 dez. 2008.

_____. **Portaria n. 3.407 de 5 de agosto de 1998.** Estabelecendo sobre a coordenação do Sistema Nacional de Transplantes e normatiza o processo de doação, captação, retirada e transplante de órgãos e tecidos no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, Don 149, de 6 de agosto de 1998.

CAMPOS, H. **Aumento do número de transplantes e da doação de órgãos e tecidos:** processo de construção coletiva. Disponível em: <<http://www.abto.com.br/boletim/ano3n2/editorial.htm>>. Acesso em: 27 out. 2007.

CARVALHO, M. V. B. de; MERIGHI, M. A. B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 951-9, nov./dez. 2005.

CHIAVENATO, J. J. **A morte:** uma abordagem sociocultural. São Paulo: Moderna, 1998.

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.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida?** Quem cuida do cuidador? Santa Maria: Unifra, 2001.

CUSTÓDIO, M. I. de F. **Complexidade da morte.** Disponível em:

<<http://www.espacoacademico.com.br/044/44ccustudio.htm>>. Acesso em: 27 out. 2007.

FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 310-15, 2006.

FONSECA, M, A, A; CARVALHO, A, M Fragmentos da vida: representações sociais e doação de órgãos para transplantados. **Interações**, v. x, n. 20, p. 85-108, jul./dez. 2005.

FUHR, M. **O significado do processo de doação de órgãos para familiares pós-doação**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

GARRIDO, M. C. F. Cotidiano da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 5, set./out. 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIM, J. R. **Ética e transplante**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/transprt.htm-9k>>. Acesso em: 25 out. 2007.

GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: EPU, 1978.

_____. Conceito do cuidado intensivo. In: GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU; 1998. p. 3-5.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 91-7, jan./fev. 2008.

HUDACK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 98-109.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 2006.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e os próprios parentes**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984. 446 p.

LEITE, R. de C. C. **Transplante de órgãos e tecidos: os direitos da personalidade**. Rio de Janeiro: Juarez de Oliveira, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 5, p. 661-5, set./out. 2006.

MURTA, S. G. Avaliação de processo de um programa de manejo de estresse ocupacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 296-302, 2007.

NOTHEN, R. R. A doação de órgãos no cenário da unidade de terapia intensiva. In: AMIB - Associação de Medicina. **Programa de Atualização em Medicina Intensiva**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora Ltda, 2004.

PALU, L. A.; LABRONCINI, L. M.; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2004.

PEREIRA, W. A. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica Ltda, 2000. p. 459-467.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2000.

PINHEIRO, F. A.; TAMAYO, M. R.; TROCCÓLI, B. T. Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 153-158, maio/ago. 2003.

PITA, F.; CARMONA, C. Morte cerebral: do medo de ser enterrado vivo ao mito do doador vivo. **Acta Médica Portuguesa**, v. 17, p.70-75, 2004.

POLIT, D.; BECK, T. C.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PRUDENTE, M. G. **Bioética: conceitos fundamentais**. Porto Alegre: Autor, 2000.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupo

focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 1, n. 2, article 5, 2002. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 24 abr. 2009.

REY, G. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

RIBEIRO, J. P.; SANTOS, C. Estudo conservador de adaptação do *ways of coping questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 19, n. 2, p. 153-158, maio/ago. 2003.

SADALA, M. L. A. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. **J. Bras. Nefrol.**, v. 23, n. 3, p. 143-151, 2001.

SALES, C. A. **Compreendendo a linguagem de discentes de enfermagem sobre o cuidado**. Disponível em:

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200029&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 out. 2007.

SANTOS, A. F.; JUNIOR, A. A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrando de ciências da saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007.

SANTOS, A. F. et al. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 63-73, jan./jun. 2006.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M.C. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 382-7, mai-jun. 2005.

SEIDL, E. M. F. et al. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225-234, set./dez. 2001.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

SOUZA, M. de L. et al. O cuidado de enfermagem: uma revisão teórica. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-70, abr./jun. 2005.

SPEZANI, R.; CRUZ, I. C. A percepção da equipe de enfermagem em

situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 2, p. 117-23, ago. 1998.

TAVARES, F. M. S.; NETO, S. B. C. **Eventos estressores e estratégias de enfrentamento psicológico de portadores de lúpus eritematoso sistêmico**. Disponível em:

<<http://agata.ucg.br/formularios/ucg/editora/repsi/pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução á pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VARGAS, M. A.; RAMOS, F. R. S. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 137-145 mar./abr. 2006

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-Am Enf.**, v. 10, n. 2, p. 137-44, mar./abr. 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

_____. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista Semi-Estruturada

Dados de identificação:

Nome:	Estado Civil:
Idade:	Filhos:
Função:	Tempo de atuação na UTI:
Escolaridade:	Onde se formou:
Religião:	

1. De quantos processos de captação de múltiplos órgãos participou?
2. Você encontra alguma dificuldade em cuidar do potencial doador de órgãos? Quais são essas dificuldades? O que faz para enfrentar essas dificuldades? (torna-se agressivo e hostil? Mantém distanciamento? Procura ter autocontrole? Procura uma rede de suporte social? Sente-se responsável? Busca fugir do problema? Procura encontrar uma solução? Procura verbalizar uma posição positiva?)
3. Relate situações que ocorreram frente ao paciente com morte encefálica e como você se comportou.
4. Depois da situação vivenciada você sentiu necessidade de procurar ajuda de alguém? Quem você procurou? Se você não procurou alguém o que você fez (foi passear? Foi na igreja? fez compras?)
5. Que tipo de ajuda você considera ser necessária aos profissionais de enfermagem que cuidam do paciente em morte encefálica?
6. Você recebeu algum treinamento específico para cuidar desses pacientes?
7. O que você pensa quando sabe que terá que cuidar de um potencial doador?
8. Quais as atitudes ou pensamentos que ajudam você durante o cuidado de um paciente em morte encefálica, potencial doador de órgãos?

9. O que você pensa a respeito da morte encefálica?

10. Você se percebe como possível doador?

11. Em relação a família do potencial doador , como é a sua relação com ela?

12. Oque mais gostaria de falar a respeito de sua atuação e sentimentos quando esta frente ao paciente com morte encefálica?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM – MINTER UFSC/UNOCHAPECÓ**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Através deste documento, estou dando meu consentimento para ser entrevistado(a) pela enfermeira mestranda Silvia Silva de Souza, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou sendo esclarecido(a) da natureza deste estudo, intitulado: *As estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos*. Tendo como orientadora Dra. Miriam Susskind Borenstein. Estou ciente que as informações e respostas fornecidas serão gravadas em fita cassete, e serão usadas para futura dissertação de mestrado. A participação nesta pesquisa não envolve risco aos participantes, e os benefícios incluem o esclarecimento de alguns conceitos, reflexões sobre o saber e o fazer em relação ao potencial doador de órgãos.

Fui informado (a) ainda:

- Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- Da segurança que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- Da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Nestes termos considero-me livre e esclarecido consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a

concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2009

OBS: O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora do projeto.