



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA (UTI) NO CUIDADO AO PACIENTE
EM MORTE ENCEFÁLICA**

FLORIANÓPOLIS – SC

**ANA CLÁUDIA DE OLIVEIRA BATISTA
CAMILA SANTOS PIRES**

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA (UTI) NO CUIDADO AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Enfermeira.

Orientadora:
Prof.^a. Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa

**FLORIANÓPOLIS - SC
2010**

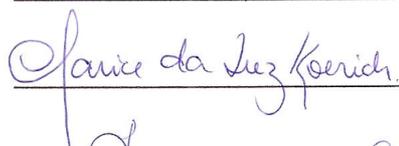
ANA CLÁUDIA DE OLIVEIRA BATISTA
CAMILA SANTOS PIRES

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA (UTI) NO CUIDADO AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

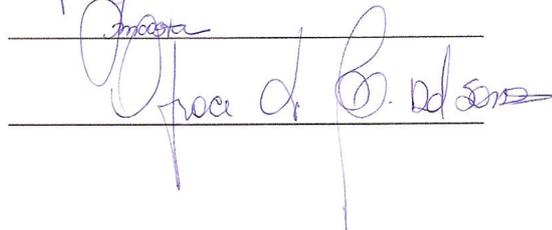
Banca Examinadora





Janice da Luz Kerich





Janice de C. de Souza

Florianópolis, 29 de novembro de 2010.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

O trabalho de conclusão de curso das alunas Ana Cláudia de Oliveira Batista e Camila Santos Pires, intitulado “Percepção da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no cuidado ao paciente em morte encefálica” apresenta-se como um estudo inovador, está bem estruturado, apresenta uma revisão de literatura aprofundada sobre o tema e apresenta uma grande contribuição para a pesquisa, pois propicia uma melhor compreensão de como os profissionais de enfermagem percebem o seu papel no processo de doação de órgãos, também explicitando o papel do enfermeiro nesta área. Deste modo, o estudo certamente estimulará o desenvolvimento de outros trabalhos com esta temática. A apresentação pública do trabalho destacou-se pelo domínio das aulas e pela objetividade.

Florianópolis, 06/12/2010

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Sayonara de Fatima Faria Barbosa'.

Profa. Dra. Sayonara de Fatima Faria Barbosa
Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso

Dedicamos a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. Familiares, amigos, professores, colegas e, principalmente os profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva que aceitaram contribuir para o nosso estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus

Acima de tudo agradecemos a Deus, que esteve sempre ao nosso lado nesse momento tão especial nos dando força, proteção e saúde para atingirmos nossos objetivos.

Aos meus pais (Camila)

Gilberto e Rosilda pelo amor e carinho dedicados. Por serem pais tão maravilhosos, ensinando os melhores ensinamentos, me dando os melhores conselhos, me ajudando a seguir o caminho certo e estando presente em todos os momentos de minha vida. Obrigada por tudo. Amo muito vocês!

Aos meus pais (Ana)

Obrigada Pedro e Cláudia, pelo amor e atenção que me dedicaram. Por terem sempre acreditado na minha vitória, por serem meus maiores incentivadores, conselheiros e companheiros, procurando sempre me fortalecer para enfrentar as adversidades. Obrigada por tudo. Amo vocês mais que tudo nessa vida!

Aos meus irmãos (Camila)

Tati e Gil, estes que amo muito e que são tão importantes em minha vida, obrigada por toda paciência e compreensão que tiveram comigo e por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus irmãos e cunhadas (Ana)

Obrigada aos meus irmãos Carlos e Filipe e as minhas cunhadas Sandra e Patrícia pelo amor e pela amizade que temos entre nós, vocês são muito importantes para mim. Obrigada por estarem sempre ao meu lado me dando força.

Ao meu noivo (Camila)

Cláudio, que esteve presente durante toda a minha caminhada, me fazendo acreditar que era possível realizar esse sonho, me dando força e incentivo para continuar. Obrigada pelo amor

e carinho, pela compreensão, cumplicidade e por estar sempre ao meu lado. Amo muito você, meu amor!

Ao meu noivo (Ana)

Obrigada, Roberto, por estar sempre do meu lado durante toda essa minha caminhada, por sempre ter acreditado em mim, no meu potencial e nunca ter me deixado desistir. Obrigada por todo amor, carinho, e pela compreensão nos meus momentos de ausência. Amo você incondicionalmente meu amor!

A todos os familiares (Ana)

Obrigada aos meus sobrinhos (Vinícius, Gabriel e Pietra) pelo carinho, amor e aos momentos alegres e sinceros que vocês me proporcionam. Amo Vocês! Obrigada aos meus avôs e a tia Laura, que não estão mais entre nós, mas que ajudaram a me transformar no que sou hoje. E obrigada aos demais familiares por todo carinho.

A todos os familiares (Camila)

Obrigada pelo incentivo, amor, carinho, vocês são muito importantes para mim. Fica um agradecimento especial para meu avô Pedro que não está mais entre nós, mas tenho certeza que está torcendo muito por mim. Amo você vô!

A minha parceira de TCC (Ana)

Obrigada Camila, por ter sido minha amiga desde o primeiro dia da faculdade até hoje. Você foi mais que uma simples colega de faculdade, você foi minha melhor amiga, minha companheira de tudo, minha confidente, minha memória, foi alguém que eu sabia que podia contar em qualquer momento. Obrigada por compartilhar comigo esse trabalho, irei levar você para sempre na minha vida, no meu coração. Amo você!

A minha parceira de TCC (Camila)

Ana obrigada, pela amizade tão sincera e especial que se concretizou desde que nos conhecemos e cada vez se torna mais forte. Vivemos muitos momentos juntas, e muitas histórias ficaram em minha memória. Vou sentir muito sua falta, os bate-papos, risos, choros,

pois agora não vamos mais nos encontrar todos os dias, vamos seguir caminhos diferentes. Mas nossa amizade continuará fortalecida e sempre estará em meu coração.

Aos nossos amigos

Pelos momentos de alegria, risos, choros, festas... Vivemos muitas coisas juntos. Vocês serão para sempre especiais e inesquecíveis em nossas vidas.

Aos nossos pacientes

Aqueles que foram tão importantes em nossa vivência acadêmica, sem eles muito aprendizado teria ficado desfalcado, muita teoria não teria se aplicado. Não entenderíamos a importância de um olhar, de um cuidado humanizado. A vocês seremos eternamente gratas!

A nossa orientadora

Prof^a Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa, por todo ensinamento e conhecimento que nos proporcionou. Pela dedicação ao nosso trabalho e por ter nos ajudado a concluir a realização do sonho de sermos enfermeiras!

Aos nossos supervisores de estágio da UTI do HGCR

Enfermeiras Anete, Clarice, Francisca, Helga, Juliana, Lúcia e enfermeiro Andrey, vocês foram muito importantes nessa etapa de nossas vidas. Obrigada pela confiança que depositaram em nós, pelo aprendizado, e pelo exemplo de enfermeiros que são nos estimulando e fazendo-nos acreditar que essa profissão é maravilhosa.

A equipe multiprofissional da UTI do HGCR

Pelo aprendizado e experiências que nos proporcionaram e por terem nos acolhido, fazendo-nos sentir integrante dessa equipe. Sentiremos saudades. Muito obrigada!

RESUMO

BATISTA, Ana Cláudia de Oliveira; PIRES, Camila Santos.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) NO CUIDADO AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010.

Orientadora: Prof^ª Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público estadual localizado em Florianópolis - SC. Teve como objetivo avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre sua atuação no cuidado ao paciente em morte encefálica. Contou com a participação de 26 profissionais, através do preenchimento de um questionário. Foi identificado que a equipe de enfermagem considera-se qualificada para prestar assistência ao paciente em morte encefálica, mas necessita de educação continuada. Dentre as dificuldades destacaram-se: à relação com a família do paciente e à estrutura logístico-administrativa da instituição. A equipe percebe sua importância nesse cuidado principalmente na manutenção do potencial doador, na supervisão e orientação da equipe e no apoio familiar. As sugestões levantadas para melhorar o atendimento foram à necessidade de educação continuada, melhoria na estrutura logístico-administrativa e no apoio as famílias. O trabalho evidenciou a importância da atuação da equipe de enfermagem no cuidado a esse paciente, a necessidade do preparo para lidar com a família do paciente, de recursos institucionais adequados e de aprimoramento dos conhecimentos para uma assistência de qualidade.

Descritores: morte encefálica, transplante de órgãos, unidade de terapia intensiva, equipe de enfermagem.

ABSTRACT

The research aimed to assess staff perception of nursing team of their role in nursing care to patients with brain death. This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach. Developed in the Intensive Care Unit of a public hospital in Florianópolis - SC. Twenty six professionals of the of the nursing team by completing a questionnaire. It was identified that the subjects consider themselves qualified to provide assistance to brain death, but they need continuing education. Among the problems included: the relationship with the patient's family and the logistical and administrative structure of the institution. The team consider their importance in this particular care in maintaining the potential donor, oversight and guidance of staff and family support. The suggestions raised to improve the service were the need for continuing education, improvement in logistics and administrative structure and support families. This study shows the importance of the role of the nursing team in caring for this patient, the need to prepare to deal with the patient's family, of adequate institutional resources and knowledge to improve quality care.

Descriptors: brain death, organ transplantation, intensive care unit, nursing team.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABTO - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT – Comissão Intra - Hospitalar de Doação e Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDOs - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
DML - Departamento Médico Legal
ECO - Equipe de Captação de Órgãos
EEC - Eletroencefalograma
HGCR – Hospital Governador Celso Ramos
IMOS - Insuficiência de Múltiplos Órgãos
ME- Morte Encefálica.
MS – Ministério da Saúde
OPO - Organização de Procura de Órgãos
PAM – Pressão Arterial Média
PEEP - Pressão Positiva no Final da Expiração
PIC - Pressão Intracraniana
PVC – Pressão Venosa Central
SNT - Sistema Nacional de Transplantes
SUS - Sistema Único de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VC – Volume Corrente

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Lista de espera no Brasil.....	29
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Intervalo de exames por idade.....	27
QUADRO 2: Tipo de exame por idade	28
QUADRO 3: Situações especiais de doadores considerados limítrofes.....	32
QUADRO 4: Tempo útil dos órgãos para retirada e transplante.....	33

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Fluxograma do processo de doação de órgãos e tecidos	30
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVO	21
3. REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1. História da doação de órgãos e tecidos para transplantes.....	22
3.2. Legislação de doação de órgãos e tecidos para transplantes no Brasil.....	23
3.3. Morte encefálica	26
3.4. Processo de doação de órgãos e tecidos	28
3.5. Potencial doador de órgãos e tecidos.....	31
3.6. Manutenção do potencial doador de órgãos	33
3.7. Causas da não efetivação da doação de órgãos e tecidos	43
4. METODOLOGIA	45
4.1. Tipo de pesquisa	45
4.2. Local da pesquisa.....	45
4.3. Sujeitos de pesquisa.....	46
4.4. Coleta de dados	46
4.5. Organização e análise dos dados	47
4.6. Aspectos éticos	47
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6. CONCLUSÕES DO RELATÓRIO	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	75

1. INTRODUÇÃO

A tecnologia tem se desenvolvido rapidamente e conseqüentemente transformado o cuidado em saúde. Nos últimos anos, temos acompanhado vários avanços nos procedimentos de transplante de órgãos bem como na terapia imunossupressora, o que tem resultado no aumento da sobrevivência dos pacientes que recebem órgãos transplantados.

Em todo o mundo, a questão do processo de doação de órgãos tem sido amplamente discutida, e também implicado em procedimentos bem descritos, de modo a nortear não apenas a prática em saúde, mas também atender a implicações operacionais, éticas e bioéticas extremamente complexas.

O processo de doação de órgãos é definido como o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo (SANTOS E MASSAROLO, 2005). É um processo complexo, que abrange ações que vão desde a identificação do doador até a realização do transplante. Salienta-se neste processo o papel da equipe de enfermagem, que é primordial na manutenção dos potenciais doadores de órgãos. Para tanto, também é imprescindível que toda a equipe multiprofissional esteja envolvida, entenda e acredite no processo de doação, o que envolve auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e profissionais do setor administrativo (PUPPO, BIESTRO E PRADO, 2009). O caráter multiprofissional também é sustentado por Vicari (2010) ao afirmar que o processo de doação de órgãos envolve vários profissionais de saúde, e enfatiza o papel fundamental da equipe assistencial médica e de enfermagem.

Sob o ponto de vista legal, a Lei nº 9.434/97, também conhecida como *Lei dos Transplantes*, trata das questões da disposição *post mortem* de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante; dos critérios para transplante com doador vivo e das sanções penais e administrativas pelo não cumprimento da mesma. Foi regulamentada pelo Decreto nº 2.268/97, que estabeleceu também o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), os Órgãos Estaduais e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs).

Em 2001, a lei nº 10.211 extinguiu a doação presumida no Brasil e determinou que a doação com doador cadáver só ocorreria com a autorização familiar, independente do desejo em vida do potencial doador.

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2009) o ano de 2009 foi positivo em termos de doação e

transplante no país. Foi obtido um crescimento de 26% na taxa de doação devido ao aumento de 16% na taxa de efetivação, que passou de 22% para 25,5% e um aumento de 8% na taxa de notificação, que passou de 32,5 pmp (por milhões de pessoas) para 34,2 pmp. O mesmo relatório mostra ainda que no ano de 2009 Santa Catarina obteve uma taxa de doação efetiva de 19,8 pmp, estando em 1º lugar no Brasil em captações de órgãos.

No município de Florianópolis, o índice de doação efetiva em 2009 foi de 20% do total do Estado, sendo que 11% das doações deste município foram realizadas no Hospital Governador Celso Ramos (CNCDOs/SC, 2009).

Pelo significativo número de doações e transplantes de órgãos, sendo referência no município de Florianópolis quanto a estes procedimentos, optou-se por essa Instituição Hospitalar para o desenvolvimento de nossa prática assistencial. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto foi selecionada para a realização do estudo por ser o local onde estão com maior frequência os pacientes com diagnóstico de morte encefálica (ME). Além de estarem presentes os profissionais de enfermagem, sujeitos de pesquisa, que prestam cuidados a esses pacientes.

A ME foi conceituada como o déficit estrutural e/ou funcional do encéfalo como órgão de função integradora e crítica ao organismo humano (HARVARD, 1969). De acordo com D'Império (2007) a ME é um processo complexo que altera a fisiologia de todos os sistemas orgânicos, que envolve uma série de perturbações neuro-humorais cíclicas que incluem alterações bioquímicas e celulares que causam disfunção múltipla de órgãos, o que afeta a qualidade do órgão transplantado.

O diagnóstico de ME é determinado pelo exame clínico neurológico, a partir da ausência evidente de reflexos do tronco cerebral em um paciente em coma, excluída qualquer causa reversível do mesmo, tais como: intoxicação exógena, uso terapêutico de barbitúricos, alterações metabólicas e hipotermia (GUETTI E MARQUES, 2008).

Segundo os dados da CNCDO de Santa Catarina, em 2009 as principais causas de ME dentre os 120 doadores foram: 48,3% por acidente vascular cerebral, 44,1% por traumatismo cranioencefálico e 7,5% por outras causas; em relação à faixa etária dos doadores, 36,6% tinham de 46 a 60 anos, 27,5% de 16 a 30 anos, 24,1% de 31 a 45 anos. Doadores de maior idade ou mais jovens ocorreram com menor frequência (6,6% dos doadores possuíam de 61 a 79 anos e 5% de 0 a 15 anos). O sexo masculino representou 60% das doações, do mesmo número citado anteriormente, apresentando-se dominante em relação ao sexo feminino (CNCDOs/SC, 2009).

As equipes de captação de órgãos vêm se mostrando mundialmente eficazes em aumentar as taxas de doação (RECH E RODRIGUES FILHO, 2007). No Brasil, a Portaria ministerial 905, de 16 de agosto de 2000, determina a obrigatoriedade da existência de uma Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes que sofreu alterações em sua nomenclatura com a criação da Portaria 1.752/2005, do MS, passando a ser denominada Comissão Intra - Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

Esta comissão deve ser composta de, no mínimo, três profissionais de nível superior, dentre os quais um médico ou um enfermeiro será o coordenador. A comissão é responsável por organizar todo o processo de captação de órgãos, que inclui: a identificação e a manutenção do potencial doador; a agilidade do diagnóstico de morte encefálica; a abordagem da família do doador; o contato com a Central de Transplante e com o Departamento Médico Legal (DML); o contato com as equipes de retirada e do agendamento do procedimento cirúrgico de retirada; o transporte dos órgãos e a devolução do corpo a família.

No Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) a CIHDOTT foi estabelecida no ano de 2001, atualmente é composta por cinco enfermeiros e três assistentes sociais, faltando no momento um médico na equipe.

É importante ressaltar que mesmo com a existência de uma CIHDOTT, a equipe assistencial de enfermagem possui um papel significativo no processo de doação de órgãos, principalmente no que diz respeito aos cuidados durante a manutenção do potencial doador, já que segundo Guetti e Marques (2008) é de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador.

Também é sustentado por Amorim, Avelar e Brandão (2010) que é de responsabilidade da equipe de enfermagem prestar o cuidado ideal ao paciente em morte encefálica, sabendo que para isso é necessário que o enfermeiro e sua equipe estejam interligados a conhecimento científico e teórico-prático.

Entretanto, conforme apontado por Roza (2005), no contexto da captação de órgãos, destaca-se, como questão essencial, a adequação das ações dos profissionais e da instituição.

Um único potencial doador em boas condições poderá beneficiar, por meio de transplantes de diversos órgãos e tecidos, mais de 10 pacientes. Por este motivo, deverá ser conduzido e manuseado com o mesmo empenho e dedicação que qualquer outro paciente da UTI (ARAÚJO, CINTRA e BACHEGA, 2005).

Guetti e Marques (2008) ressaltam que:

“mesmo que um potencial doador se torne um doador efetivo, não significa que todos os órgãos poderão ser aproveitados. Para isso é necessário garantir uma adequada preservação e posterior viabilidade destes órgãos até a extração. O enfermeiro de terapia intensiva deve conhecer as alterações fisiológicas decorrentes da ME, para que, junto com a equipe médica, possa conduzir o manuseio adequado do potencial doador”.

Segundo Moraes et al (2009), o conhecimento do processo de doação de órgãos e a execução adequada de suas etapas, possibilita a obtenção de órgãos e tecidos com segurança e com qualidade bem como evita a inadequação em alguma das fases, o que pode ser motivo de questionamento por parte dos familiares, ou até recusa de doação dos órgãos.

Um grupo que faz parte da equipe assistencial e que deve ser avaliado é o da equipe de enfermagem, por ser caracterizado pelo contato mais próximo e longo durante a internação com o paciente e a família. Conhecer as atitudes e opiniões desses profissionais em relação ao cuidado ao paciente em morte encefálica e em relação à doação de órgãos torna-se importante nesse processo. Profissionais com uma atitude positiva sentem-se mais confortáveis em realizar tarefas relacionadas ao processo de doação. Por outro lado, uma atitude negativa pode influenciar o processo de doação e gerar desconfiança por parte das pessoas que estão recebendo informações destes profissionais (VICARI, 2010).

Ainda para Lemes e Bastos (2007), a compreensão dos valores, crenças e conhecimentos compartilhados pela equipe de enfermagem que vivencia os cuidados de manutenção de potenciais doadores de órgãos, podem interferir ou determinar o distanciamento do paciente e conseqüente prejuízo na assistência adequada para a manutenção do doador e qualidade dos órgãos doados.

De modo a prestar um cuidado otimizado ao paciente em ME, é necessária a superação de aspectos como a falta de informação, treinamento e protocolo de rotinas (AMORIM, AVELAR e BRANDÃO, 2010).

No decorrer do curso de graduação de enfermagem percebeu-se que os temas sobre a ME, as especificidades desse paciente, a doação de órgãos e todo o processo burocrático e técnico envolvidos, não foram abordados em nenhum momento.

A partir da lacuna identificada na formação acadêmica sobre o assunto exposto, sentiu-se a necessidade de conhecer mais de perto todo o processo envolvido na doação de órgãos, desde o diagnóstico de ME, a manutenção, abordagem da família e a retirada dos órgãos. Acredita-se que essa pesquisa pode propiciar uma compreensão melhor dos

profissionais que atuam diretamente no cuidado ao paciente em ME, buscando assim aumentar a confiança da população sobre o processo de doação de órgãos.

E no que diz respeito aos pontos positivos para o cenário acadêmico, pode trazer uma maior reflexão sobre a importância de incluir essa temática na formação dos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, tanto de nível médio como superior e desta forma, proporcionar uma formação mais qualificada aos que oferecem assistência ao potencial doador de órgãos.

Ao considerar-se que se trata de um tema de grandes avanços nos últimos anos, da qual a enfermagem faz parte e é essencial, decidiu-se trabalhar com a equipe de enfermagem de uma UTI, tendo como pergunta de pesquisa qual a percepção da equipe de enfermagem sobre sua atuação no cuidado ao paciente em ME?

2. OBJETIVO

Geral:

- Avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre sua atuação no cuidado ao paciente em morte encefálica.

Específicos:

- Compreender como a equipe de enfermagem percebe o seu papel no cuidado ao paciente em morte encefálica.
- Conhecer como a equipe de enfermagem percebe a sua qualificação no cuidado ao paciente em morte encefálica.
- Identificar as principais dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Nesse momento o referencial teórico torna-se muito importante, pois apresenta a construção da capacidade explicativa e argumentativa dos autores do estudo procurando dar conta do problema proposto.

3.1 HISTÓRIA DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

No Brasil e no mundo, os avanços científicos, tecnológicos, organizacionais e administrativos têm colaborado para o aumento expressivo do número de transplantes, embora ainda sejam considerados insuficientes, face à enorme demanda de receptores (SANTOS e MASSAROLLO, 2005).

A história dos transplantes é permeada por alguns marcos. O primeiro transplante bem sucedido ocorreu em Boston no ano de 1954 pela equipe médica de Joseph E. Murray, onde foi utilizado um rim de um gêmeo idêntico (PEREIRA, 2000).

No Brasil, o primeiro transplante renal com doador cadáver, foi realizado em 1964 no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (RAMLOW, 2002). No ano seguinte, foi realizado o primeiro transplante renal com doador vivo, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (BERNARDES ET AL, 1996).

Durante as últimas três décadas, o transplante de órgãos evoluiu de um procedimento complexo, pouco conhecido e arriscado, para uma conduta eficaz e segura. Como conseqüência, um crescente número de pacientes aguarda um transplante de órgão como opção ao tratamento de doenças crônicas e terminais de rim, fígado, coração, pâncreas e pulmão. Em Santa Catarina, o primeiro transplante de órgãos ocorreu em 1978, tardiamente em relação a outros estados como Rio de Janeiro e São Paulo, quando foi realizado um transplante renal de doador cadáver em Joinville (SCHELEMBERG, ANDRADE e BOING, 2007).

Atualmente o transplante de órgãos e tecidos, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2009), é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida. Deixou de ser um tratamento experimental e passou a figurar como procedimento extremamente eficaz no controle das insuficiências terminais de alguns órgãos e falência de alguns tecidos.

3.2. LEGISLAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES NO BRASIL

A legislação de transplantes no Brasil começou com a Lei 5.479, promulgada em 1968, para que pudesse dar início à realização de transplantes cardíacos. Nessa lei, não havia proibição expressa ao comércio de órgãos ou alguma forma de controle sobre emprego do doador vivo não aparentado e durante muito tempo, órgãos e tecidos foram comercializados (GARCIA, 2000). Esse cenário se modificou com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que proíbe expressamente no art. 194, inciso 4, o comércio de órgãos e tecidos do corpo humano (FUHR, 2006).

Fuhr (2006) afirma ainda que:

“após a Constituição Federal de 1988, foi promulgada a Lei 8.489, de 18 de novembro de 1992, e o Decreto Presidencial 879, de 22 de julho de 1993, que revogaram a Lei 5.479, anteriormente citada. De acordo com Garcia (2000), essa legislação manteve a maioria dos itens da lei anterior e incluiu as seguintes regulamentações: tecidos, órgãos e partes do corpo humano são insuscetíveis de serem comercializados; considera a morte encefálica a morte definida como tal pelo Conselho Federal de Medicina e certificada pelo médico; permite à pessoa maior de idade e capacitada dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Além disso, a doação fica limitada a parentes e cônjuges, sendo exigida a autorização judicial em outras situações, e torna obrigatória a notificação de morte encefálica, atribuindo ao Ministério da Saúde a expedição de normas sobre a organização das Centrais de Notificação das Secretarias Estaduais de Saúde”.

A Lei nº 9.434 (que revogou a Lei 8.489 e o Decreto 879) sancionada no ano de 1997, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

Dentre as deliberações da referida lei, destacam-se a permissão para a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post-mortem*, para fins de transplantes; a realização de transplantes em estabelecimentos de saúde públicos ou privados e por equipes médico-cirúrgicas previamente autorizadas pelo Ministério da Saúde (MS); a obrigatoriedade do diagnóstico de morte encefálica por dois médicos, utilizando critérios

definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM); e o consentimento presumido passa a ser utilizado.

Quando da promulgação da lei supracitada, a expressão “não doador de órgãos e tecidos” devia constar na carteira de motorista ou na carteira nacional de habilitação. Outros aspectos importantes desta lei foram: a proibição da remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano por pessoas não identificadas; a permissão da pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do corpo vivo para fins de transplante; a exigência do consentimento expresso do receptor antes do transplante; a proibição da veiculação de anúncio que configure publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes, de apelo público no sentido de doação para pessoa determinada e de apelo público para a arrecadação de fundos para financiamento de transplantes; e por último, a obrigatoriedade da notificação de morte encefálica para as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (BRASIL, 1997).

Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 2.268 de 30 de junho de 1997, com o propósito de minimizar as distorções e injustiças que até aquele momento acometiam o processo de destinação dos órgãos. Assim, em 30 de junho de 1997, foi criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) objetivando o desenvolvimento do processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas e transplantes, e estabeleceu também os Órgãos Estaduais e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs). (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2006).

A Portaria nº 901/GM em 16 de agosto de 2000 criou no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. Ora criada, está subordinada à coordenação do órgão central do Sistema Nacional de Transplantes, possuindo atividades e atribuições específicas.

Para estimular e efetivar as captações de órgãos, foi promulgada a Portaria nº 905/GM de 2000, que dispõe sobre a Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes e a obrigatoriedade desta integrar o rol das exigências para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), do Tipo II e III, em hospitais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes sofreu alterações em sua nomenclatura com a criação da Portaria 1.752 de 2005, do MS, passando a ser denominada Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT.

Segundo essa Portaria cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:

- Detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;
- Viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;
- Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- Articular-se com a Central de Transplante do Estado respectivo (CNCDO) para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- Responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;
- Articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;
- 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.

A Lei dos Transplantes (Lei nº 9.434/97) teve algumas de suas disposições modificadas e aprovadas pelo Congresso Nacional, consolidadas na forma da Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001.

Tais modificações, segundo a Lei nº 10.211, implicaram na retirada da obrigatoriedade do registro de manifestações de vontade relativas à retirada "post mortem" de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação. Sendo que 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. E, ainda, o estabelecimento de critérios melhor definidos para a efetivação das doações de órgãos inter-vivos, especialmente nos casos entre não aparentados (exceto medula óssea), para a qual passou a ser exigida a autorização judicial para a realização desse procedimento.

3.3. MORTE ENCEFÁLICA

Segundo Terra et al (1994), o conceito de morte encefálica (ME) modificou-se nos últimos anos em decorrência do desenvolvimento de novas técnicas de ressuscitação e suporte avançado, principalmente com o suporte ventilatório mecânico, as drogas vasoativas e a circulação extracorpórea.

O antigo conceito de ME era a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória, que foi modificado após a criação das Unidades de Terapia Intensiva nos anos 60, onde os pacientes eram mantidos em ventilação mecânica mesmo sem apresentar nenhum tipo de atividade encefálica.

Para Terra et al (1994), dentre os aspectos que exerceram influência para a revisão do conceito de morte encefálica, destacam-se: o grande sofrimento psicológico e financeiro dos familiares, tendo em vista a certeza da evolução desfavorável do doente; a necessidade de racionalização de recursos humanos e materiais, principalmente em locais mais carentes de atendimento médico e a necessidade de doação de órgãos para a viabilização dos transplantes, permitindo a sobrevivência de outros doentes com qualidade de vida aceitável.

De acordo com D'Império (2007), a ME foi conceituada de forma mais atual como o déficit estrutural e/ou funcional do encéfalo como órgão de função integradora e crítica ao organismo humano. O autor ressalta que o processo de ME inicia-se com o aumento da pressão intracraniana (PIC). A hipóxia celular e o edema contribuem ainda mais para este aumento e acaba gerando como consequência uma herniação transtentorial do tronco cerebral bloqueando a única via de saída, elevando a PIC até interromper completamente a circulação arterial encefálica seguindo-se, então, a ME.

Em 1990, o Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou que a ME corresponde à morte clínica. Em 8 de agosto de 1997, aprovou a Resolução CFM nº 1.480/97, que definiu os critérios de ME, considerando que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte (NORDON E ESPOSITON, 2008).

Além disso, como enfatizam os autores citados acima, esse critério foi estendido a recém-nascidos a partir do 7º dia de vida. E, também, por essa mesma resolução, a notificação da ME passa a ter caráter compulsório. Segundo a Resolução CFM nº 1.480/97, os parâmetros clínicos a serem observados são:

- Coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal evidenciado por: ausência dos reflexos pupilares, vestibulo-ocular, córneo, de tosse e movimento dos

olhos ao se rodar a cabeça (sinal de olhos de boneca), ausência de movimentos da face e da língua, flacidez muscular, sem movimento, embora possa haver movimentos reflexos de função infra-espinhal;

- Causa de coma conhecida;
- Negar: hipotermia (temperatura abaixo de 32°C), intoxicação por drogas, bloqueio neuromuscular e choque;
- Teste de apnéia: no doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se elevar a pCO₂ até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região pontobulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo: Manter o paciente no respirador com FiO₂ a 100% por 10 minutos; Desconectar o tubo do respirador; Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto; Observar o surgimento de movimentos respiratórios por 10 minutos ou até atingir pCO₂= 55mmHg.

Nordon e Espositon (2008) apontam que tais exames têm de ser feitos duas vezes, em um intervalo de seis horas (para maiores de dois anos), por dois médicos diferentes (preferencialmente um neurologista e um de outra especialidade) não relacionados com a organização de procura de órgãos ou equipes de retirada de órgãos. À família é delegado o direito de ser informada pela equipe de todo o processo e de chamar um médico de sua confiança para que realize o exame clínico de confirmação de ME.

De acordo com a Resolução CFM nº 1.480/97 o exame clínico deve ser acompanhado de um exame complementar, que demonstre a ausência de circulação sanguínea intracraniana, atividade elétrica ou atividade metabólica cerebral. Ainda segundo esta resolução, os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica (Quadro 1) bem como os exames complementares serão utilizados por faixa etária (Quadro 2), conforme abaixo especificado:

QUADRO 1: Intervalo de exames por idade.

Idade	Intervalo
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	6 horas

Fonte: Resolução CFM nº 1.480, 1997.

QUADRO 2: Tipo de exames por idade.

Idade	Tipo de exame
Acima de 2 anos	1 exame: de ausência de atividade elétrica cerebral, ou ausência de atividade metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea. Dentre os exames que podem ser utilizados estão: angiografia cerebral, tomografia por emissão de fóton único, cintilografia radioisotópica, Eletroencefalograma (EEG), entre outros.
De 1 ano a 2 anos incompletos	1 dos exames citados acima.
De 2 meses a 1 ano incompleto	2 EEG.
De 7 dias a 2 meses incompletos	2 EEG.

Fonte: Resolução CFM nº 1.480, 1997.

Dentre os exames complementares que podem ser realizados de acordo com a Resolução CFM nº 1.480 (1997) destacam-se: angiografia cerebral, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intra-craniana, tomografia computadorizada com xenônio, tomografia por emissão de fóton único, EEG, tomografia por emissão de pósitrons , extração cerebral de oxigênio.

3.4. PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

De acordo com Garcia, Pestana e Ianhez (2006):

“O processo de obtenção de órgãos para transplante é iniciado pelos médicos intensivistas ou assistentes, que identificam os potenciais doadores, diagnosticam morte encefálica, notificam a família e fazem a comunicação à coordenação de transplante. Segue-se com a entrevista com a família, solicitando o consentimento para remoção dos órgãos e tecidos, considerando as condições clínicas do potencial doador e viabilidade dos órgãos a serem extraídos. O processo termina com a remoção e distribuição dos órgãos e tecidos doados e com a análise dos seus resultados, realizada por organizações regionais de procura de órgãos”.

Segundo Silva e Moraes (2010) o processo de doação e transplante é complexo, iniciando com a identificação e manutenção dos potenciais doadores. Em seguida, os médicos comunicam à família sobre a suspeita da ME, realizam os exames comprobatórios do diagnóstico de ME, notificam o potencial doador à Central de Captação e Distribuição de

Órgãos (CNCDO), que repassa a notificação a CIHDOTT ou Organização de Procura de Órgãos (OPO).

Os autores citados acima trazem que o profissional da CIHDOTT realiza avaliação das condições clínicas do potencial doador, da viabilidade dos órgãos a serem extraídos e faz entrevista para solicitar o consentimento familiar da doação dos órgãos e tecidos. Nos casos de recusa, o processo é encerrado. Quando a família autoriza a doação, a CIHDOTT informa a viabilidade do doador a CNCDO, que realiza a distribuição dos órgãos, indicando a equipe transplantadora responsável pela retirada e implante do mesmo.

Marinho (2009) afirma que uma vez constatada, por médicos, a necessidade de transplante, o paciente candidato a receptor é colocado na fila de transplante do SUS. Esta fila para cada órgão ou tecido é única, e o atendimento é por ordem de chegada, considerados os critérios técnicos, geográficos e de urgência específicos para cada órgão (BRASIL, 2001). A situação da lista de espera de transplantes no Brasil é ilustrada abaixo, com destaque de que não há dados disponíveis sobre a lista de espera dos estados de Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins (Tabela 1):

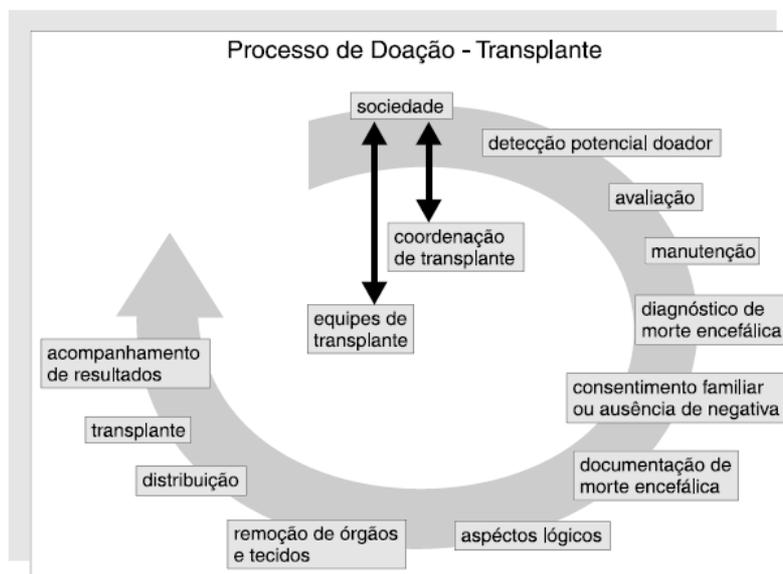
TABELA 1: Lista de espera no Brasil.

CNCDO	Coração	Córnea	Fígado	Pâncreas	Pulmão	Rim	Rim/ Pâncreas	Total	Total s/ córnea
AC	0	7	0	0	0	0	0	7	0
AL	1	271	4	0	0	614	0	890	619
AM	0	668	0	0	0	498	0	1.166	498
BA	1	1.253	264	0	0	3.089	0	4.607	3.354
CE	11	1.739	229	2	0	303	0	2.284	545
DF	11	990	0	0	0	463	0	1.464	474
ES	3	474	44	0	0	1.035	0	1.556	1.082
GO	12	2.858	0	0	0	527	4	3.401	543
MA	1	489	0	0	0	734	0	1.224	735
MT	2	529	0	0	0	851	0	1.382	853
MS	16	27	0	0	0	406	0	449	422
MG	32	3.094	202	12	6	2.593	18	5.957	2.863
Pará	4	938	0	0	0	769	0	1.711	773
PA	4	57	6	0	0	491	0	558	501
PR	63	1.126	288	16	0	2.530	19	4.042	2.916
PE	4	1.052	281	0	0	1.923	0	3.260	2.208
PI	0	765	0	0	0	422	0	1.187	422
RJ	11	3.321	782	3	3	3.672	25	7.817	4.496
RN	6	329	8	0	0	943	0	1.286	957
RS	30	1.983	419	15	63	1.934	92	4.536	2.553
SC	4	1.297	126	0	0	251	12	1.690	393
SP	89	151	1.651	76	89	10.283	406	12.745	12.594
SE	0	338	0	0	0	309	0	647	309
Total	305	23.756	4.304	124	161	34.640	576	63.866	40.110

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Abaixo é exemplificado o fluxograma de como é realizado o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante (Figura 1):

Figura 1: Fluxograma do processo de doação de órgãos e tecidos.



Fonte: ABTO, 2009.

A ABTO (2009) descreve mais detalhadamente o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, onde:

- O processo inicia-se com a identificação de um paciente com critérios clínicos de morte encefálica em um hospital, o qual deve ser notificado às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs). O diagnóstico de ME deve respeitar todas as orientações da Resolução nº 1.480/97, para todos os pacientes com suspeita de morte encefálica, independentemente da possibilidade de doação de órgãos;
- Depois de cuidadosa avaliação clínica e laboratorial do paciente em ME e não se identificando contra-indicações que representem riscos aos receptores, teremos um potencial doador;
- Durante todo o processo a manutenção do potencial doador deve buscar a estabilidade hemodinâmica e outras medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos passíveis de utilização;
- Tão logo seja possível e, após a comunicação da família da morte do paciente, deve ocorrer à entrevista familiar por profissional capacitado, a qual deverá buscar o consentimento à doação de órgãos e tecidos. Caso haja concordância familiar à doação, o profissional responsável pelo processo de doação-

transplante e a CNCDO correspondente passam a considerar os demais fatores para a efetivação do potencial doador, implementando logística predefinida;

- Caracterizado o potencial doador, a equipe responsável pelo processo entra em contato com a CNCDO informando os órgãos e tecidos doados, sua condição clínica laboratorial e horário previsto para o início do procedimento de retirada;
- A CNCDO promove a distribuição dos órgãos e tecidos doados e identifica as equipes correspondentes para a retirada;
- Antes de iniciada a retirada dos órgãos e tecidos, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida em situações de morte natural. Nos casos de morte por causa externa, obrigatória e independentemente da doação, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal, onde será autopsiado e de onde será emitido o Atestado de Óbito.

3.5 POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Qualquer indivíduo com diagnóstico de ME é considerado um potencial doador de órgãos e tecidos, desde que não haja contra indicação médica que represente risco para o receptor (GARCIA, 2000).

Segundo D' Império (2007) a avaliação de um potencial doador de órgãos inicia-se com a cuidadosa revisão das histórias clínica e social, exame físico, com atenção aos sinais de malignidade, trauma e comportamento de risco, bem como a investigação dos antecedentes pessoais e familiares, que pode ser realizada durante a entrevista familiar. A utilização de órgãos e tecidos para Silva e Marcelino (2010) objetiva assegurar a não transmissão de doenças infectocontagiosas, neoplásicas ou outra que cause dano letal aos receptores.

Assim as contra indicações absolutas à doação de órgãos e tecidos segundo a ABTO (2003) são:

- Pacientes portadores de insuficiência orgânica que comprometa o funcionamento de órgãos ou tecido que possam ser doados, como, por exemplo, insuficiência renal, hepática, cardíaca, pulmonar;
- Sorologia positiva para HIV, HTLV I e II;
- Pacientes em Sepse ou em Insuficiência de Múltiplos órgãos (IMOS);

- Pacientes Portadores de Neoplasias Malignas, excetuando os tumores restritos ao sistema nervoso central, carcinoma basocelular e carcinoma de cérvix uterino *in situ*;
- Paciente com tuberculose em atividade.

Em decorrência do número de pacientes com necessidade de transplantes ser maior do que o número de doadores D' Império (2007) traz que uma das alternativas encontradas pela medicina é o uso de órgãos oriundos de doadores considerados como limítrofes ou marginais, ou seja, os critérios de aceitação dos doadores de órgãos têm sido cada vez mais ampliados, visando aumentar a captação.

Para a ABTO (2003) a definição de doadores limítrofes inclui um grupo heterogêneo de doadores que tenham apresentado aspectos sistêmicos ou órgão-específicos previamente considerados como uma contraindicação ao transplante. Ressaltada ainda que os resultados não são similares aos obtidos com doadores considerados como ideais, todavia, o seu uso se apóia na carência de doadores e na alta mortalidade que os candidatos apresentam na lista de espera, principalmente aqueles que se encontram inscritos em caráter de prioridade, aqueles pertencentes a grupos sanguíneos menos frequentes (B e AB) ou na tentativa da expansão das indicações de transplante não usuais, como os apresentados abaixo (Quadro 3):

QUADRO 3: Situações especiais de doadores considerados limítrofes.

Pacientes listados em caráter de prioridade.
Candidatos ao transplante pertencentes a grupos sanguíneos menos frequentes.
Candidatos ao transplante com painel elevado e a prova cruzada (crossmatch) com o doador foram negativos.
Receptor idoso (> 65anos) com diabetes mellitus dependente de insulina ou com lesão em órgão alvo (B).
Retransplante crônico (B).
Artrite reumatoide, esclerose múltipla (B).
Insuficiência renal (creatinina > 2mg/dl) (B).
Candidatos portadores do vírus C da hepatite ou do vírus HIV (B).

Fonte: ABTO (2003).

Os órgãos e tecidos que podem ser doados após a morte de acordo com a ABTO (2004) são: rins, pulmões, coração, válvulas cardíacas, fígado, pâncreas, intestino, córneas, ossos, cartilagem, tendão, veias e pele.

Abaixo mostramos o tempo para retirada e preservação dos órgãos e tecidos para transplantes (Quadro 4):

QUADRO 4: Tempo útil dos órgãos para retirada e transplante.

Órgão/tecido	Tempo para retirada	Tempo de preservação
Coração	Antes da parada cardíaca	4-6 horas
Pulmões	Antes da parada cardíaca	4-6 horas
Fígado	Antes da parada cardíaca	12-24 horas
Pâncreas	Antes da parada cardíaca	12-24 horas
Rins	Até 30 minutos após parada cardíaca	Até 48 horas
Córneas	Até 6 horas após parada cardíaca	7 a 14 dias
Ossos	Até 6 horas após parada cardíaca	Até 5 anos
Pele	Até 6 horas após parada cardíaca	Até 2 anos

Fonte: ABTO (2004).

3.6. MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

Segundo Schelemberg, Andrade e Boing (2007) a chance dos órgãos de um indivíduo ser utilizado para transplantes depende muito da atitude e da vontade dessa equipe com o cuidado do paciente, já que requer grande esforço por parte desta. Cuidados intensivos padronizados com o doador de múltiplos órgãos estão associados ao aumento do número de órgãos captados e à sua qualidade (RECH E RODRIGUES FILHO, 2007).

O objetivo básico na manutenção do potencial doador, como mostram Caldeira e Westphal (2005), refere-se à manutenção dos seguintes parâmetros: hemoglobina >10g/dl; pressão venosa ventral (PVC) > 10mmHg; pressão arterial sistólica > 100mmHg; gotejamento de dopamina < 10µg/Kg/min; débito urinário >100ml/hora e PaO₂ >100mmHg.

3.6.1. Cuidados gerais

A assistência ao potencial doador como abordam os autores Santos, Moraes e Massarollo (2010), não deve ser diferente da assistência prestada ao paciente em estado crítico, sendo que deve compreender:

- Acesso venoso central para infusão de drogas e líquidos, além de mensuração da Pressão venosa central (PVC);

- Monitorização contínua da frequência cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva;
- Sondagem vesical de demora para o controle da diurese;
- Sondagem gástrica;
- Controle de temperatura;
- Higiene Corporal;
- Aspiração do tubo endotraqueal e das vias aéreas superiores.

3.6.2. Manutenção hemodinâmica

A hipertensão é incomum no doador, mas faz parte do quadro de herniação cerebral, por ser de curta duração, raramente precisa ser tratada. O fármaco de escolha é o nitroprussiato de sódio (RECH E RODRIGUES FILHO, 2007).

A hipotensão, que se caracteriza por uma pressão arterial média (PAM) inferior a 60mmHg, é um achado freqüente nos potenciais doadores e contribui para a má qualidade dos órgãos a serem transplantados. A hipotensão tem origem multifatorial e pode estar relacionada à situação e ao tratamento do paciente antes da ocorrência de ME ou às próprias alterações que esta induz. Períodos prolongados de choque podem inviabilizar a utilização dos órgãos. Dessa forma, a PAM deve ser maior ou igual a 70mmHg para evitar a isquemia do órgão por má perfusão (SANTOS, MORAES E MASSAROLLO, 2010).

Estes autores citam ainda que o tratamento da hipotensão consiste na reposição de volume intravenoso aquecido a 39°C, para manter o padrão hemodinâmico adequado: PAM maior ou igual a 70mmHg, pressão sistólica maior ou igual a 100mmHg, freqüência cardíaca entre 60 e 120 batimentos por minuto (bpm) e pressão venosa central (PVC) entre 6 e 10mmHg (normovolemia).

Quando a hipotensão persiste a despeito da reposição volêmica adequada, é necessária a utilização de inotrópicos e vasopressores para restaurar a perfusão tecidual. O objetivo do uso de vasopressor é manter a PAM em torno de 70 mmHg. O uso de vasopressores exige a monitoração invasiva da pressão arterial. O aumento progressivo do suporte deve ser acompanhado do escalonamento da monitoração (RECH E RODRIGUES FILHO, 2007).

A dopamina é recomendada pela maioria dos autores como primeiro fármaco a ser utilizado, como ressaltam Rech e Rodrigues Filho (2007), porém não há estudos aleatórios

definindo qual é o melhor vasopressor nessa situação. Esses mesmos autores ainda enfatizam que a dose de dopamina não deve ultrapassar a 10 mg/kg/min, principalmente quando se pretende captar coração. Wood et al. (2004) trazem que a noradrenalina e a vasopressina são fármacos a serem considerados quando persistir hipotensão ou evidências de hipoperfusão tecidual. O uso de altas doses de vasopressor como apontam Edgar e Bonner (2004) tem sido associado à redução da sobrevida dos enxertos cardíacos e renais.

3.6.3. Manutenção ventilatória

A ventilação mecânica como apontam Araújo, Cintra e Bachega (2005) é necessária para todos os potenciais doadores, com a finalidade de manter a oxigenação sistêmica adequada e o controle do estado ácido-básico. Estes mencionam que algumas das medidas ventilatórias utilizadas para a proteção cerebral antes da ocorrência da morte encefálica podem ser prejudiciais para função de outros órgãos. Ressaltam ainda, que a hiperventilação diminui a PaCO_2 e é utilizada para diminuir a pressão intracraniana, mas pode levar a vasoconstrição periférica e diminuir a perfusão orgânica. A hiperventilação deve ser suspensa uma vez ocorrendo à morte encefálica.

Segundo Powner e Delgado (2001) todos os doadores com morte encefálica necessitam de ventilação mecânica controlada e podem-se utilizar regimes ventilatórios controlados a volume ou a pressão. A pressão controlada como apontam os autores acima é usada para prevenir elevações nas pressões de pico, que resultam em barotrauma.

Para Powner, Darby e Stuart (2000) as estratégias ventilatórias protetoras reduzem a incidência de lesão pulmonar aguda e são indicadas também nos doadores. Estes enfatizam que volumes-correntes (VC) entre 6 e 8 mL/kg são recomendados com o objetivo de manter a pressão de platô abaixo de 30 mmHg, a fração inspirada de O_2 (FiO_2) deve ser a menor possível para atingir uma pressão arterial de oxigênio (PaO_2) maior que 90 mmHg, a pressão positiva no final da expiração (PEEP) varia entre 5 e 10 cmH_2O , não devendo ultrapassar esses valores, pois pode ser causa de hipotensão. Ressaltam ainda a importância da realização de gasometrias arteriais frequentes no manuseio ventilatório dos doadores, assim como radiogramas de tórax.

3.6.4. Manutenção hidroeletrólítica e manuseio ácido-básico

O controle dos distúrbios hidroeletrólíticos também deve ser realizado através de dosagem seriada dos eletrólitos e o enfermeiro deve estar atento a qualquer alteração (GUETTI E MARQUES, 2008).

A correção hidroeletrólítica adequada, para Darby, Powner e Kellum (2000), é importante para evitar a ocorrência de arritmias, que podem comprometer a situação hemodinâmica, sendo que as alterações mais frequentes nos doadores são hipernatremia (em 59% dos casos), hiponatremia (38%), hipercalemia (39%), hipocalemia (91%), hipopotassemia (66%) e *diabetes insipidus* (9 a 87%). Reforçam que na hipernatremia com mais de 160 mmol/L de sódio, é indicada a infusão de água livre via sonda gástrica ou solução de cloreto de sódio a 0,45% e deve ser corrigida em todos os doadores, visto que níveis de sódio maiores do que 155 mmol/L estão relacionados à disfunção hepática e perda do enxerto no receptor. E na hipernatremia associada à correção do sódio, deve-se proceder à normalização sérica dos níveis de cálcio, fósforo, potássio e magnésio.

Kellum e Powner (2000) trazem que a acidose metabólica também pode produzir uma série de alterações fisiológicas nos doadores de órgãos, como diminuição da contratilidade cardíaca (especialmente com pH inferior a 7,2), arritmias, redução do fluxo de sangue para os rins e fígado, diminuição da resposta cardiovascular às catecolaminas e resistência à insulina, que pode levar à hiperglicemia e causar ou piorar a poliúria. Apontam que o tratamento da acidose consiste na identificação e correção da causa por meio da infusão de bicarbonato de sódio (NaHCO₃).

É importante realizar a gasometria arterial e avaliar a ocorrência de acidose respiratória, cujo tratamento é feito com mudanças nos parâmetros do ventilador, por exemplo, aumento da frequência respiratória (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2002).

3.6.5. Manutenção térmica

A ME provoca desaparecimento dos mecanismos hipotalâmicos centrais de termoregulação resultando em alterações da temperatura (ROZA et al, 2006). A hipotermia provoca múltiplas alterações como mostram os autores citados acima:

- Vasoconstrição progressiva e depressão miocárdica = deterioração hemodinâmica;

- Arritmias: piora da condução, inversão da onda T, prolongado QT, aparecimento de ondas J de Osborn (entre 32-33 graus Celsius). Fibrilação atrial e ventricular temperaturas menores que 30 graus Celsius;
- Alterações no nível da glicose sérica e ligeira cetose devido à diminuição da secreção endógena de insulina e aumento da resistência periférica;
- Coagulação irregular;
- Função renal irregular: devido à redução do filtrado glomerular e à capacidade de manter o grau de concentração tubular;
- Alterações eletrolíticas: secundárias à depressão da atividade enzimática da bomba de Na/K;
- Atividade enzimática geral diminuída: reduz o metabolismo de todas as drogas;
- Curva da dissociação da hemoglobina desviada: redução da liberação de oxigênio para os tecidos.

A hipotermia deve ser prevenida por meio da monitorização da temperatura corporal e emprego de medidas para manter a temperatura acima de 35°C (SANTOS, MORAES E MASSAROLLO, 2010). Para estes autores é importante a utilização de cobertores, manta térmica, infusão de líquidos aquecidos, focos de luz direcionados para a região do tórax e do abdome do potencial doador e aquecimento do ar inspirado com controle adequado do ventilador mecânico com o intuito de manter a temperatura adequada.

3.6.6. Manutenção endócrina

As alterações fisiológicas desencadeada pela ME no potencial doador podem resultar em disfunção cardiovascular e lesão celular generalizada. Além disso, também podem ocorrer alterações graves no metabolismo e no sistema endócrino, imunológico e de coagulação. Esses distúrbios frequentemente conduzem à falência de múltiplos órgãos, ao colapso cardiovascular e à assistolia em 60% dos doadores, quando não tratados adequadamente (SANTOS, MORAES E MASSAROLLO, 2010).

3.6.6.1 *Diabetes insipidus*

Diabetes insipidus é, de longe, o distúrbio endócrino mais comum no paciente com morte encefálica. É causado por grave redução na liberação do hormônio antidiurético pela hipófise, resultando em grande perda renal de água livre, produzindo hipernatremia. A hipovolemia e o estado hiperosmolar comprometem a hemodinâmica do doador e a função dos órgãos. Hipernatremia está relacionada à disfunção primária dos enxertos hepáticos (TUTTLE-NEWHALL, COLLINS, KUO, 2003).

A reposição volêmica de escolha nessa situação recai sobre soluções hipotônicas com o objetivo de manter o sódio abaixo de 150 mEq/L. Frequentemente, a diurese é tão abundante que a reposição volêmica não é suficiente para manter a euvolemia, necessitando-se associar o uso de reposição hormonal. A arginina-vasopressina tem sido considerada como agente de escolha para o tratamento da diabetes *insipidus*, porque, além do seu efeito antidiurético, tem potente efeito vasoconstritor. O uso de vasopressina está associado à melhora da função dos enxertos renal, pulmonar e cardíaco, razão pela qual alguns autores recomendam seu uso como fármaco vasopressor de primeira escolha no manuseio de potenciais doadores. A dose a ser utilizada deve ser titulada em função do débito urinário. Em alguns casos pode ser preciso associar o uso de 1-D-amino-8-arginina-vasopressina (DDAVP) à vasopressina, que tem efeito antidiurético muito mais potente, porém com efeito vasopressor negligenciável. A titulação da dose é orientada pelo volume de diurese, que deve ser mantido abaixo de 300 mL/h (RECH E RODRIGUES FILHO, 2007).

Sabe-se que a deteriorização cardiovascular está associada ao consumo prejudicado de oxigênio, à mudança do metabolismo aeróbico para anaeróbico, à depleção de glicogênio, ao aumento de consumo de energia pelas células do miocárdio e ao acúmulo de lactato. Esse metabolismo irregular ocorre em razão do baixo nível de tri-iodotironina (T3) e tiroxina (T4) e da menor produção de cortisol e insulina. Nessa situação, os protocolos internacionais têm indicado a terapia hormonal combinada, que consiste na administração de T3 ou T4, vasopressina e metilprednisona. Essa terapia tem como objetivo reverter completamente o metabolismo anaeróbico e, conseqüentemente, estabilizar a função cardíaca em pacientes com diagnóstico de ME (SANTOS, MORAES E MASSAROLLO, 2010).

3.6.7. Controle glicêmico

O objetivo do controle glicêmico para Nothen (2006) é manter o nível de glicose do potencial doador entre 75 e 225mg/dl, sendo que a hipoglicemia deve ser tratada se abaixo de 75mg/dl com 20 ml de glicose a 50%, e em casos de hiperglicemia, assegurar-se que a glicose foi removida de todas as infusões. A autora também enfatiza a importância da administração de insulina subcutânea a cada 4 horas, monitoração da glicose com Hemoglicoteste (HGT) a cada 2 horas e glicemia a cada 4 horas.

3.6.8. Manutenção nutricional

Durante o processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante, Darby, Powner e Kellum, (2000) mencionam a indicação de infusão intravenosa de solução glicosada. Trazem que a nutrição enteral deve ser iniciada ou continuada até o momento em que o doador for encaminhado para o bloco cirúrgico. E comentam que embora a nutrição parenteral não seja indicada, ela não deve ser interrompida após iniciada.

3.6.9. Manutenção das córneas e do globo ocular

Moraes e Massarollo (2007) enfatizam que as pálpebras do potencial doador devem ser mantidas fechadas para evitar ressecamento das córneas por exposição à luz e conservar o globo ocular em boas condições até o momento da extração. Reforçam que a melhor forma de manter as córneas viáveis para transplante é por meio da instilação de colírios oftálmicos ou soluções lubrificantes. A utilização de gazes umedecidas ou solução salina a 0,9% (soro fisiológico) sobre as pálpebras fechadas ou o uso de tiras finas de esparadrapo para evitar que as pálpebras se abram são práticas comuns para preservar o globo ocular.

3.6.10. Tratamento transfusional

A anemia e a coagulopatia são bastante comuns nos potenciais doadores. Perdas sanguíneas persistentes podem piorar a coagulação. Não se sabe qual é o grau de anemia que se pode tolerar no doador; por isso, a maioria dos autores recomenda manter o hematócrito em torno de 30%, a despeito dos constantes questionamentos sobre a capacidade de transporte de

oxigênio e de hemácias estocadas, do risco aumentado de imunossupressão e do risco de ofertar sangue citomegalovírus positivo (RECH E RODRIGUES FILHO, 2007).

A coagulação intravascular disseminada resulta de múltiplos fatores, como apontam os autores citados acima, incluindo liberação de tromboplastina tecidual, hipotermia, coagulopatia dilucional e politransfusão. Ressaltam que se deve suspender o uso de qualquer medicamento com efeito anticoagulante ou antitrombótico tão logo se identifique um potencial doador e enfatizam que só estão indicados plasma fresco, plaquetas e crioprecipitado em caso de sangramento ativo.

3.6.11. Controle e tratamento de infecções

A investigação de infecção é indicada para todos os doadores de órgãos e tecidos, apesar da infecção no doador não representar uma contra indicação para a doação dos órgãos. A terapia com antibiótico deve ser iniciada nos casos comprovados ou na suspeita de infecção. A duração da terapia depende do agente infeccioso. A conduta deve ser tomada em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). É recomendado o uso de antibióticos de largo espectro para prevenir e/ou tratar as infecções (SANTOS, MORAES E MASSAROLLO, 2010).

Para estes autores o uso de antibiótico deve considerar situações de infecção identificada (pneumonia, infecção urinária), com ou sem culturas positivas. É importante realizar investigação com raio - X de tórax, urina tipo I, urocultura, hemocultura e cultura de secreção traqueal. Na ausência de infecções, é recomendável utilizar um antibiótico profilático, como cefalosporina, de acordo com os protocolos estabelecidos pela CCIH da instituição.

Para Regatério (2003), as condutas utilizadas para proteger a infecção de um paciente na unidade de terapia intensiva devem manter-se tanto na manutenção quanto na extração dos órgãos.

3.6.12. Exames laboratoriais de rotina do potencial doador de órgãos e tecidos

Os exames do potencial doador de órgãos para Moraes e Massarollo (2007) e a ABTO (2003) incluem a investigação das seguintes funções:

- Cardíaca: CPK e CK-MB (creatininofosfoquinase e sua fração MB);

- Hepática: TGO (transaminase glutâmico oxaloacética)/AST (aspartato aminotransferase), TGP (transaminase glutâmica-pirúvica)/ALT (alanina aminotransferase), bilirrubinas totais e frações e gama GT (gama glutamiltransferase);
- Pancreática: amilase, fosfatase alcalina e glicemia;
- Renal: uréia, creatinina e urina tipo I;
- Pulmonar: gasometria arterial e lactato arterial;
- Eletrólitos: sódio e potássio;
- Hematologia: hemograma completo e plaquetas;
- Tipagem sanguínea: grupo ABO;
- Sorologias: anti-HIV, anti-HTLV, HBsAg, anti-HBc, anti-HBs, anti-HCV, CMV, chagas, toxoplasmose e lues (sífilis);
- Culturas: urocultura e hemocultura.

De modo a apresentar algumas intervenções de enfermagem de forma mais sistematizada, os autores D'Império (2007), Knobel (2006) e Ueno, Zhi-Li e Itoh (2000) trazem alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem ao potencial doador de órgãos, como mostrados abaixo (Quadro 5):

QUADRO 5: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o potencial doador de órgãos.

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<p>Hipotermia: CD- temperatura abaixo de 36°C, pele fria. FR- perda do centro termorregulador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar temperatura oral/esofágica de hora em hora; - Manter manta térmica contínua; - Aquecer soros a temperatura de 36°C antes de infundi-los; - Manter nebulização aquecida na ventilação mecânica.
<p>Risco de volume de líquidos deficiente: FR- volume urinário elevado, perdas por sonda nasogástrica, perdas sanguíneas por ferimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prover equilíbrio hídrico e sanguíneo de hora em hora; - Monitorar PVC (objetivo: 06 a 10mmHg); - Verificar volume urinário (diurese entre 1,5 a 3,0 mL/Kg/h); - Optar por soluções hipotônicas (solução

	<p>fisiológica 0,45% e Ringer Lactato) se Na \geq 150 mmol/L;</p> <p>- Manter jejum e SNG aberta.</p>
<p>Risco de débito cardíaco diminuído: FR- arritmias, hipocalemia, hipovolemia.</p>	<p>- Monitorar FC, RC, PAM de hora em hora (objetivo: FC 60 a 100 ppm; PAM \geq 60mmHg);</p> <p>- Monitorar infusão de drogas vasoativas (dopamina, noradrenalina);</p> <p>- Monitorar eletrólitos: Na (135-145 mmol/L) e K (3,5-4,5 mmol/L).</p>
<p>Desobstrução ineficaz de vias aéreas: CD- mecanismo de tosse abolido, presença de ruídos adventícios. FR- perda do centro respiratório.</p>	<p>- Manter vias aéreas livres de mucosidades, aspirando secreções traqueobrônquicas;</p> <p>- Monitorar Saturação de O₂ (objetivo \geq 95%).</p>
<p>Troca de gases prejudicada: CD- alterações no equilíbrio acidobásico. FR- alterações na ventilação/perfusão.</p>	<p>- Manter parâmetros do ventilador mecânico: volume corrente: 08 a 10ml/kg; PEEP: 05 cm/H₂O; FiO₂: 40%-PaO₂ > 100mmHg e Saturação O₂ \geq95%;</p> <p>- Prevenir atelectasias com o uso de técnicas de expansão pulmonar;</p> <p>- Coletar amostras de sangue arterial para dosagem de gases.</p>
<p>Integridade tissular prejudicada CD- tecido lesado. FR- uso de cateteres centrais, periféricos.</p>	<p>- Realizar curativo diário em cateteres utilizando SF 0,9% e clorexidina alcoólica 0,5% e mantê-los ocluídos.</p>
<p>Mobilidade no leito prejudicada CD- ausência total de movimentos. FR- morte encefálica.</p>	<p>- Realizar banho no leito com água aquecida;</p> <p>- Manter gaze embebida com SF 0,9% gelado nos olhos;</p> <p>- Manter decúbito elevado em ângulo de 45°;</p> <p>- Utilizar medidas de prevenção de úlceras de pressão: colchão antiescaras, coxins em proeminências ósseas, placas de hidrocolóide; hidratação da pele utilizando AGE ou hidratantes de pele.</p>
<p>Risco de glicemia instável FR- uso de solução glicosada; jejum.</p>	<p>- Realizar glicemia capilar (objetivo: manutenção da glicemia capilar entre 80 e 150 mg/dL).</p>
<p>Risco de infecção</p>	<p>- Avaliar a presença de sinais flogísticos no local</p>

FR- trauma, procedimentos invasivos, exposição ambiental, imunossupressão.	de inserção de cateteres; - Utilizar precauções universais.
Risco de sangramento FR- coagulação intravascular disseminada, função hepática comprometida.	- Avaliar coagulograma: INR > 2 , plaquetas > 80.000/cm ³ , Ht 30% e Hb > 9mg/dL.
CD, característica (s) definidora (s); FR, fator (s) relacionado (s); FaR, fator (s) de risco (s); PVC, pressão venosa central; PCPO, pressão de capilar pulmonar ocluído; Na, sódio sérico; K, potássio sérico; FC, frequência cardíaca; RC, ritmo cardíaco; PAM, pressão arterial média; PEEP, pressão positiva expiratória final; FiO ₂ , fração de oxigênio inspirada; \sng, sonda nasogástrica; SF 0,9%, solução fisiológica 0,9%; AGE, ácidos graxos essenciais; INR, relação internacional normatizada; Ht, hematócrito; Hb, hemoglobina.	

Fonte: D'IMPÉRIO (2007), KNOBEL (2006) E UENO, ZHI-LI E ITOH (2000)

3.7. CAUSAS DA NÃO EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Santos, Moraes e Massarollo (2010) afirmam, que a escassez de órgãos e tecidos é um dos principais obstáculos para a realização do transplante. As causas da não efetivação da doação para estes autores são múltiplas e estão relacionadas, principalmente, ao não reconhecimento ou atraso na determinação da ME, à instabilidade hemodinâmica e metabólica dos doadores, em virtude da manutenção inadequada, e à recusa do consentimento familiar para a doação de órgãos e tecidos.

Segundo os dados da ABTO, em 2009 dos 277 potenciais doadores identificados no estado de Santa Catarina apenas 120 doações foram efetivadas. Das 157 doações que não foram efetivadas, 94 (59,8%) não aconteceram pela recusa familiar, sendo a maior causa da não efetivação. Porém foram identificadas 45 (28,6%) não efetivações causadas pela parada cardíaca, 10 (6,3%) por morte encefálica não confirmada e 8 (5%) por contra indicação médica.

3.7.1 Recusa familiar

É possível perceber que o motivo que mais se destaca em relação a não efetivação das doações é a não autorização familiar. Para Dell Agnolo et al (2009) os familiares tem dificuldade de compreender e/ou aceitar a morte encefálica, principalmente pelo potencial doador apresentar uma aparência externa de vivo ao seu familiar, onde o coração continua a bater, o corpo mantendo seu calor, os movimentos respiratórios, cor saudável e com

funcionamento de seus principais sistemas. Afinal a maioria das pessoas associa a morte com parada respiratória e cardíaca, corpo imóvel e frio.

As principais causas da não autorização familiar como abordam Moraes e Massarollo (2009) estão relacionados à crença, valores, falta de compreensão do diagnóstico de ME e inadequações no processo de doação e transplante. A família quando não recebe os devidos esclarecimentos sobre o quadro do ente querido, pode apresentar dúvidas, angústias, dor e desespero.

O conhecimento da população sobre doação de órgãos e tecidos para transplante ainda é limitado e poderia ser melhorado com maior investimento no sentido de promover medidas educacionais. As famílias são capazes de entender o conceito de morte encefálica, porém, diante da experiência que estão vivenciando, do contexto de dor que estão sentindo, elas necessitam de tempo para que este conceito tenha sentido em sua realidade (DELL AGNOLO ET AL, 2009).

3.7.2. Parada Cardíaca

A redução da oferta energética às células miocárdicas leva ao metabolismo anaeróbico – produção de ácido lático, edema intracelular e morte encefálica. Se esta fase não for controlada, pode ocorrer parada cardíaca (NOTHEN, 2006). Sendo que é uma das principais causas da não efetivação do processo doação-transplante.

3.7.3. Morte encefálica não confirmada

A morte encefálica não confirmada, de acordo com a ABTO (2009), é mais frequente nos hospitais de menor resolubilidade, que podem apresentar:

- Laboratórios sem condições para realizar as sorologias necessárias;
- Falta de equipamentos para o diagnóstico de morte encefálica;
- Impossibilidade de transporte do potencial doador.

3.7.4. Contra indicação médica

As causas mais importantes de contra indicação médica são: septicemia com insuficiência de múltiplos órgãos, tumores e sorologia positiva para HIV e HTLV 1 e 2 (ABTO, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. É considerado exploratório, por visar ampliar o conhecimento sobre o tema de pesquisa; e descritivo por ter por objetivo descrever as características do objeto de análise (população ou fenômeno) (MINAYO, 2002). Para GIL (1996), a pesquisa exploratória visa uma maior aproximação com o problema para torná-lo mais explícito, mais claro ou desenvolver hipóteses, e visa principalmente o aperfeiçoamento de idéias ou descoberta de intuições.

Nesse trabalho optamos pela abordagem qualitativa, por considerarmos que pode proporcionar o surgimento de aspectos subjetivos que abrem espaço para a interpretação, revelando valores que permeiam as práticas profissionais. A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

4.2. LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) que é um hospital público subordinado à Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, localizado em Florianópolis/SC. Inaugurado em 06 de novembro de 1966, possui 195 leitos, atende todas as especialidades, sendo referência em Neurotraumatologia. A instituição presta atendimentos de emergência, ambulatorial e internação. Seu quadro funcional é composto de 996 funcionários concursados e 88 terceirizados, prestando atendimento somente pelo SUS. E tem como missão prestar assistência de excelência e referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriados.

A UTI, cenário do estudo, possui 44 servidores de enfermagem dos quais nove são enfermeiros e 35 são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Está localizada no terceiro andar do hospital, conta com 14 leitos, sendo dois isolamentos que estão desativados por falta de recursos humanos no momento, possui um posto de enfermagem, dois expurgos, dois banheiros para funcionários, um depósito de materiais, dois vestiário para os funcionários,

uma copa, uma sala para boletim médico, uma sala de limpeza de materiais, uma sala de equipamentos, um quarto de descanso.

Optou-se por esse hospital pelo seu significativo número de doações de órgãos e pela UTI devido ao fato de ser um local onde ocorre com maior frequência pacientes com diagnóstico de ME e por estarem presentes os profissionais de enfermagem, sujeitos de pesquisa, que prestam cuidados a esses pacientes.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa contou com a participação de 26 profissionais, sendo oito enfermeiros e 18 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Foram considerados para inclusão no estudo os profissionais (enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem) atuantes na UTI há um período mínimo de seis meses e que já tivessem experiência no cuidado ao paciente em morte encefálica.

4.4 COLETA DE DADOS

Após os esclarecimentos sobre a pesquisa e seus objetivos, todos os membros da equipe de enfermagem da UTI que se adequavam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Objetivou-se alcançar a máxima participação dos funcionários. Alcançamos um total de 59% da equipe de enfermagem. Os demais membros não participaram por estarem de férias, licença ou não desejaram participar do estudo.

Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) que após sua assinatura e devolução para as pesquisadoras, foi oferecido o instrumento de coleta de dados (apêndice A). O instrumento foi desenvolvido pelas pesquisadoras, sendo composto por um questionário de auto-preenchimento, anônimo, contendo 13 questões, com seis questões fechadas e sete questões abertas. Os questionários foram oferecidos e preenchidos pelos sujeitos de pesquisa em seu ambiente de trabalho e com o intuito de favorecer a livre expressão destes; as pesquisadoras não permaneciam junto oferecendo privacidade, porém se mostravam disponíveis a possíveis dúvidas sobre o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

Para que fosse possível a abordagem de toda a equipe de enfermagem, as pesquisadoras realizavam revezamento de horários contemplando diversos dias e diferentes

turnos de trabalho. A coleta de dados ocorreu no período entre o dia 20 de setembro de 2010 a 22 de outubro de 2010 durante o estágio supervisionado II do curso de Graduação de Enfermagem.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após o recebimento dos questionários, foi realizada a transcrição das respostas para um quadro geral. Com a realização de diversas leituras, buscou-se de forma exaustiva interpretar os resultados, levando à identificação de categorias temáticas.

Para proceder à análise temática, o conteúdo das questões abertas foi organizado e estruturado seguindo as fases sequenciais propostas por MINAYO (2002): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com a portaria 2.048 de 03 de setembro de 2009, do Conselho Nacional de Saúde, que consolida os documentos legais que estabelecem o funcionamento de diferentes áreas do sistema de saúde brasileiro, inclusive a pesquisa envolvendo seres humanos. Foram assegurados os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado, garantido também os referenciais básicos da bioética: sigilo, anonimato, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2009).

Foram feito os convites aos sujeitos para participar do estudo bem como solicitada a autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando o anonimato dos sujeitos, e o respeito ao direito de retirarem-se do estudo se assim o desejarem.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi desenvolvido para garantir que as pesquisadoras ajam eticamente em relação aos participantes da pesquisa e também a integridade e o bem do pesquisador. O termo foi assinado mediante aprovação do participante após esclarecimento detalhado sobre a pesquisa, risco e consequência, bem como direito à desistência a qualquer momento (CNS, 1996).

O estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição no dia 15/09/2010, através do parecer de número 2010/0056.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme deliberado pelo colegiado da 8ª unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, o capítulo de resultados e discussão do Relatório da Pesquisa desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, é a apresentação de um artigo elaborado conforme as normas de uma revista da escolha dos alunos e orientador, nesse caso a Revista Eletrônica de Enfermagem. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas. A seguir apresenta-se o artigo elaborado.

Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva no cuidado ao paciente em morte encefálica¹

Perception of nursing of an intensive care unit in the care of patients in brain death

Percepción del personal de enfermería en una unidad de cuidados intensivos en el cuidado de la muerte cerebral

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público estadual localizado em Florianópolis - SC. Teve como objetivo avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre sua atuação no cuidado ao paciente em morte encefálica. Contou com a participação de 26 profissionais, através do preenchimento de um questionário. Foi identificado que a equipe de enfermagem considera-se qualificada para prestar assistência ao paciente em morte encefálica, mas necessita de educação continuada. Dentre as dificuldades destacaram-se: à relação com a família do paciente e à estrutura logístico-administrativa da instituição. A equipe percebe sua importância nesse cuidado principalmente na manutenção do potencial doador, na supervisão e orientação da equipe e no apoio familiar. As sugestões levantadas para melhorar o atendimento foram à necessidade de educação continuada, melhoria na estrutura logístico-administrativa e no apoio as famílias. O trabalho evidenciou a importância da atuação da equipe de enfermagem no cuidado a esse paciente, a necessidade do preparo para lidar com a família do paciente, de recursos institucionais adequados e de aprimoramento dos conhecimentos para uma assistência de qualidade.

Palavras chave: morte encefálica, transplante de órgãos, unidade de terapia intensiva, equipe de enfermagem.

Abstract

¹ Artigo elaborado a partir da monografia **Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva no cuidado ao paciente em morte encefálica** apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis-SC, Brasil. 2010.

The research aimed to assess staff perception of nursing team of their role in nursing care to patients with brain death. This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach. Developed in the Intensive Care Unit of a public hospital in Florianópolis - SC. Twenty six professionals of the of the nursing team by completing a questionnaire. It was identified that the subjects consider themselves qualified to provide assistance to brain death, but they need continuing education. Among the problems included: the relationship with the patient's family and the logistical and administrative structure of the institution. The team consider their importance in this particular care in maintaining the potential donor, oversight and guidance of staff and family support. The suggestions raised to improve the service were the need for continuing education, improvement in logistics and administrative structure and support families. This study shows the importance of the role of the nursing team in caring for this patient, the need to prepare to deal with the patient's family, of adequate institutional resources and knowledge to improve quality care.

Key words: brain death, organ transplantation, intensive care unit, nursing staff.

Resumen

La investigación tuvo como objetivo evaluar la percepción personal de su papel en los cuidados de enfermería a pacientes con muerte cerebral. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo. Desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público localizado en Florianópolis - SC. 26 profesionales participaron en la investigación del equipo de enfermería al completar un cuestionario. Se identificó que los sujetos se consideran calificados para prestar asistencia a la muerte cerebral, pero que necesitan educación continua. Entre los problemas incluyen: la relación con la familia del paciente y de la estructura logística y administrativa de la institución. El equipo se da cuenta de su importancia en este especial cuidado en el mantenimiento del donante potencial, supervisión y orientación del personal y apoyo familiar. Las sugerencias planteadas para mejorar el servicio fueron la necesidad de educación continua, la mejora en la logística y la estructura administrativa y el apoyo familiar. Este trabajo muestra la importancia del papel del equipo de enfermería en el cuidado de este paciente, la necesidad de prepararse para hacer frente a la familia del paciente, de suficientes recursos institucionales y los conocimientos para mejorar la atención de calidad.

Palabras clave: muerte cerebral, trasplante de órganos, unidad de cuidados intensivos, personal de enfermería.

INTRODUÇÃO

A tecnologia tem se desenvolvido rapidamente e conseqüentemente transformado o cuidado em saúde. Nos últimos anos temos acompanhado avanços nos procedimentos de transplante de órgãos bem como na terapia imunossupressora, o que tem resultado no aumento da sobrevivência dos pacientes que recebem órgãos transplantados.

Em todo o mundo, a questão do processo de doação de órgãos tem sido amplamente discutida, e também implicado em procedimentos bem descritos, de modo a nortear não apenas a prática em saúde, mas também atender a implicações éticas e bioéticas extremamente complexas.

O processo de doação de órgãos é definido como o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo.⁽¹⁾ Face a complexidade deste processo, abrange ações que vão desde a identificação do doador até a realização do transplante. Salienta-se o papel da equipe de enfermagem, que é primordial na manutenção dos potenciais doadores de órgãos. Para tanto, também é imprescindível que toda a equipe multiprofissional esteja envolvida, entenda e acredite no processo de doação, o que envolve auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e profissionais do setor administrativo.⁽²⁻³⁾

O ano de 2009 foi positivo em termos de doação e transplante no país. Foi obtido um crescimento de 26% na taxa de doação, devido ao aumento de 16% na taxa de efetivação, que passou de 22% para 25,5% e um aumento de 8% na taxa de notificação, que passou de 32,5 pmp (por milhões de pessoas) para 34,2 pmp. O mesmo relatório mostra ainda que no ano de 2009 Santa Catarina obteve uma taxa de doação efetiva de 19,8 pmp, estando em 1º lugar do Brasil em captações de órgão.⁽⁴⁾

No município de Florianópolis, o índice de doação efetiva em 2009 foi de 20% do total do Estado, sendo que 11% das doações deste município foram efetuadas no hospital onde foi realizado o estudo.⁽⁵⁾

Pelo significativo número de doações e transplantes de órgãos, sendo referência no município de Florianópolis quanto a estes procedimentos, optou-se por essa Instituição Hospitalar para o desenvolvimento da prática assistencial. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto foi selecionada para a realização do trabalho por ser o local onde estão com maior frequência os pacientes com diagnóstico de morte encefálica (ME). Além de estarem presentes os profissionais de enfermagem, sujeitos de pesquisa, que prestam cuidados a esses pacientes.

O conhecimento do processo de doação de órgãos e a execução adequada de suas etapas, possibilita a obtenção de órgãos e tecidos com segurança e com qualidade bem como evita a inadequação em alguma das fases, o que pode ser motivo de questionamento por parte dos familiares, ou até recusa de doação dos órgãos.⁽⁶⁾

Conhecer as atitudes e opiniões desses profissionais em relação à doação de órgãos torna-se importante nesse processo. Profissionais com uma atitude positiva sentem-se mais confortáveis em realizar tarefas relacionadas ao processo de doação. Por outro lado, uma atitude negativa pode influenciar o processo de doação e gerar desconfiança por parte das pessoas que estão recebendo informações destes profissionais.⁽³⁾

No decorrer do curso de graduação em enfermagem percebeu-se que os temas sobre a ME, as especificidades desse paciente, a doação de órgãos e todo o processo burocrático e técnico envolvidos, não foram abordados em nenhum momento.

A partir da lacuna identificada na formação acadêmica sobre o assunto exposto, sentiu-se a necessidade de conhecer mais de perto todo o processo envolvido na doação de órgãos, desde o diagnóstico de ME, a manutenção, abordagem da família e a retirada dos órgãos. Acredita-se que essa pesquisa pode propiciar uma melhor compreensão sobre os profissionais que atuam diretamente no cuidado ao potencial doador de órgãos, buscando assim aumentar a confiança da população sobre o processo de doação de órgãos.

E no que diz respeito aos pontos positivos para o cenário acadêmico, pode trazer uma maior reflexão sobre a importância de incluir essa temática na formação dos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, tanto de nível médio como superior, desta forma, proporcionar uma formação mais qualificada aos que oferecem assistência ao potencial doador de órgãos.

Ao considerar que se trata de um tema de grandes avanços nos últimos anos, da qual a enfermagem faz parte e é essencial, decidiu-se trabalhar com a equipe de enfermagem de uma UTI, tendo como pergunta de pesquisa qual a percepção da equipe de enfermagem sobre sua atuação no cuidado ao paciente em ME?

OBJETIVO

Avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre sua atuação no cuidado ao paciente em morte encefálica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória com uma abordagem de análise qualitativa. Foi realizado durante a oitava unidade curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na UTI de uma Instituição Hospitalar.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, conforme determina a Portaria 2.048 de 03 de setembro de 2009, do Conselho Nacional

de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Instituição onde foi realizado o estudo, pelo parecer 2010/0056.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem atuantes na UTI há um período mínimo de seis meses e que já tenham tido experiência no cuidado ao paciente em ME.

A equipe de enfermagem da UTI possui 44 profissionais, desses, 26 participaram como sujeitos do estudo, sendo oito enfermeiros e 18 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Objetivou-se alcançar a máxima participação dos sujeitos, onde se obteve um total de 59% da equipe de enfermagem.

Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que após sua assinatura e devolução as pesquisadoras era oferecido o instrumento de coleta de dados. Este foi desenvolvido pelas pesquisadoras, sendo composto por um questionário.

A coleta de dados ocorreu no período entre o dia 20 de setembro de 2010 a 22 de outubro de 2010. Após o recebimento dos questionários, foi realizada a transcrição das respostas para um quadro geral. Com a realização de diversas leituras, buscou-se de forma exaustiva interpretar os resultados, levando à identificação de categorias temáticas.

Para proceder à análise temática, o conteúdo das questões abertas foi organizado e estruturado seguindo as fases seqüenciais: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados⁽⁷⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante o período estudado, foram obtidos dados de 26 profissionais de enfermagem, que correspondeu a 59% da equipe de enfermagem da UTI. Do total de sujeitos, 8 (31%) eram enfermeiros e 18 (69%) técnicos e /ou auxiliares de enfermagem.

Nessa UTI, para cada dois pacientes um técnico e/ou auxiliar de enfermagem é responsável pelos cuidados diretos, e quanto aos enfermeiros encontramos um para cada seis pacientes, exceto no período noturno que o enfermeiro fica responsável por 12 pacientes. Sendo assim o número de funcionários técnicos e/ou auxiliares de enfermagem é superior ao de enfermeiros, o que justifica o maior número de participação daquela categoria profissional na pesquisa em relação a esta, pois a equipe de enfermagem é composta em maior número por técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Quanto ao sexo dos sujeitos, 23 (88%) eram do sexo feminino e somente 3 (12%) eram do sexo masculino. A enfermagem é uma profissão predominantemente exercida por mulheres, o que ficou evidenciado nesse estudo através da análise deste item.

A faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos (38%) e de 40 a 49 anos (27%). Porém ainda identificamos 5 (19%) sujeitos com idades entre 50 a 59 e 4 (15%) com idade entre 20 a 29 anos.

Em relação ao tempo de atividade profissional, predominou mais que 20 anos de trabalho em 8 (31%) sujeitos, de 10-15 anos de trabalho em 6 (23%) sujeitos e de 5-10 anos de trabalho também em 6 (23%) sujeitos. E ainda 3 (11,5%) sujeitos com 15-20 anos de trabalho e o mesmo número com menos de 5 anos de trabalho.

No que diz respeito ao tempo de trabalho na UTI prevaleceu de 1-5 anos de trabalho em 8 sujeitos (31%) e de 5-10 anos em 6 (23%) sujeitos. Também foi identificado 4 sujeitos (15,3%) com 10-15 anos de trabalho e 4 (15,3%) com 15-20 anos de trabalho. E somente 2 (7,7%) sujeitos com 6 meses a 1 ano de trabalho e 2 (7,7%) apresentando mais de 20 anos de trabalho na UTI.

A maioria dos profissionais (85%) referiu ter cuidado muitas vezes de pacientes com diagnóstico de morte encefálica, 3 profissionais (11%) poucas vezes e 1 (4%) profissional não explicitou sua experiência com paciente deste perfil.

As perguntas abertas foram agrupadas em cinco categorias, sendo estas: Qualificação profissional no cuidado ao paciente em morte encefálica; Dificuldades no cuidado ao paciente em morte encefálica; Sentimentos do profissional no cuidado ao paciente em morte encefálica; Importância atribuída pelo profissional ao cuidado do paciente em morte encefálica e Contribuições para melhoria do cuidado ao paciente em morte encefálica.

Qualificação profissional no cuidado ao paciente em morte encefálica

Foi verificado que quase a totalidade (96%) dos profissionais de enfermagem considera-se qualificada para esta assistência. Isto se confirma nas descrições abaixo:

*"Sendo eu, uma das enfermeiras da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos para transplante, já participei de vários cursos de qualificação nesta área, portanto sinto-me qualificada".
(enfermeira I)*

"Sim, pois já participei de vários cursos que preparam os profissionais para prestar assistência à pacientes com diagnóstico de morte encefálica. Estes cursos esclarecem os processos que se

estabelecem após a M.E. e quais atitudes necessárias neste momento". (enfermeira IV)

Apenas um profissional referiu não estar totalmente qualificado para tal cuidado, por entender que as capacitações são desenvolvidas especialmente para os profissionais envolvidos diretamente na Comissão Intra - Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

Dos que se julgaram qualificados, observamos que foi citada a necessidade de realização de atividades de educação continuada.

"Considero insuficiente a abordagem deste tema durante a academia. Meu conhecimento foi adquirido no dia-a-dia e através de literatura específica. Diante disto, considero satisfatória minha qualificação, necessitando de educação continuada para o assunto". (enfermeiro VI)

"Considero de boa qualificação, mas com necessidade de contínua qualificação para melhor atender esse tipo de paciente". (técnica de enfermagem XIV)

A insuficiência de conhecimentos de profissionais de saúde mostra uma lacuna na abordagem do tema doação de órgãos durante a formação acadêmica dos profissionais médicos e de enfermagem, que implica em profissionais com conhecimento insuficiente ou inadequado para a necessidade da prática. Isso pode trazer implicações futuras no processo de doação de órgãos, por meio da inadequação da orientação da população ou na avaliação e notificação de potenciais doadores.⁽³⁾

A importância dos profissionais de saúde na divulgação de informações sobre doação de órgãos também é evidenciada, pois esses profissionais têm acesso à grande parte da população e causam impacto maior que outros meios de comunicação nas atitudes em relação à doação de órgãos.⁽⁸⁾

A Comissão Intra - Hospitalar de Doação e Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes possui como uma de suas atribuições promover programas de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecido.⁽⁹⁾

Também foi verificado que dentre os profissionais que se consideram qualificados apenas 2 referiram que sua qualificação deve melhorar, sendo que estes profissionais possuíam menos de um ano de atuação profissional na UTI e conseqüentemente apresentam pouca experiência no cuidado ao paciente em morte encefálica.

Dificuldades no cuidado ao paciente em morte encefálica

Quando questionados sobre qual a maior dificuldade que apresentam no cuidado ao paciente em ME, 11 (42,3%) sujeitos referiram não possuir nenhuma dificuldade. Destes, a maioria (10 sujeitos) eram técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e apenas 1 era enfermeiro. Acreditamos que os enfermeiros apresentaram mais dificuldades que os técnicos de enfermagem, pois além de terem que atuar na assistência ao paciente, são responsáveis por planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos prestados pela equipe de enfermagem, bem como, estão diretamente envolvidos na burocracia do processo de doação de órgãos.

As dificuldades identificadas foram agrupadas em quatro sub-categorias: relação com a família do potencial doador, dificuldades em relação à estrutura logístico-administrativa, à aceitação do processo de morte encefálica, falta de conhecimentos nos cuidados prestados a esses pacientes.

Relação com a família do potencial doador

A dificuldade mais expressiva foi à relação com a família do potencial doador. Pois os profissionais levantaram a dificuldade dos mesmos em atuarem frente ao sofrimento dos familiares.

"Trabalhar com a família é o mais difícil, pois na assistência de enfermagem direta ao paciente não encontro dificuldades"
(enfermeira V).

"São os familiares, o sofrimento e as dúvidas dos mesmos"
(técnica de enfermagem VI).

O enfermeiro e os profissionais de enfermagem ficam expostos a estressores relacionados à situação crítica em que se encontram os pacientes, as famílias e toda a equipe de saúde. A abordagem da família do potencial doador é uma das tarefas também designadas à enfermagem, sendo uma das etapas mais delicadas a serem enfrentadas por esses profissionais.⁽¹⁰⁾

As diferentes reações das famílias devem ser consideradas, como o desespero, choro, sentimentos de profunda tristeza, revolta e mágoa, crenças de reverter à situação e até mesmo a aceitação de perda. Cada família se ampara em princípios, valores, crenças diversas, intervindo algumas vezes em sua decisão.⁽¹⁾

Ainda quanto à relação com a família também foi levantado como dificuldade à incompreensão dos familiares sobre o processo de ME. Como podemos identificar neste relato:

"(...) o que considero complicado nesta situação é a compreensão da família sobre o processo, entender um diagnóstico complexo num momento tão difícil e conturbado (...)" (enfermeira IV).

Quando há esclarecimento adequado do que é a ME, a família consegue enfrentar melhor esse momento e tem maior facilidade para pensar na possibilidade de doação. Por esse motivo, considera-se importante o profissional estar preparado para prestar tais esclarecimentos à família, o que possivelmente irá representar menor desgaste para a mesma, bem como, repercutir na sua própria satisfação profissional e pessoal.⁽¹¹⁾

Estrutura logístico-administrativa da Instituição

Outra dificuldade identificada foi em relação à estrutura logístico-administrativa da Instituição no processo de doação de órgãos. Onde se destacou a demora nos testes de confirmação de ME, falta de recursos humanos e materiais.

"Agilizar o teste gráfico de ME em finais de semana e feriado, uma vez que não existe hemodinâmica neste hospital, sendo que o exame é feito em clínicas (arteriografia). O transporte destes potenciais doadores os predispõe a hipotensão e PCR, pela falta de equipe preparada para o cuidado no transporte"
(enfermeira I).

"(...) são pacientes instáveis e precisam muita atenção, como temos dois pacientes ao nosso cuidado não dá tempo suficiente para isso" (técnica de enfermagem VII).

"Falta de estrutura (materiais) e recursos humanos"
(enfermeira V).

O diagnóstico de ME é feito mediante a análise da história médica e dos achados ao exame físico e do eventual recurso a exames complementares (obrigatórios pela legislação brasileira). Uma vez estabelecida à causa do coma, que possa ser registrada e

que tenha caráter de irreversibilidade deverão ser realizados exames clínicos para detectar a ausência de função encefálica.⁽¹²⁾

Logo, a Instituição necessita possuir recursos materiais adequados para que possam ser utilizados no diagnóstico de ME e, dessa forma, consiga-se o quanto antes realizar a sua confirmação e captação dos órgãos, proporcionando melhora na qualidade dos órgãos ofertados. É imprescindível dispor de recursos humanos suficientes e uma equipe de enfermagem qualificada para prestar a assistência correta ao paciente em morte encefálica.

Aceitação da morte encefálica

Durante a análise dos dados verificamos que alguns profissionais de enfermagem apresentaram dificuldades na aceitação da morte encefálica, principalmente quando se tratam de pacientes potenciais doadores de órgãos jovens. Como podemos perceber abaixo:

"A dificuldade é de aceitar que esse paciente não tem mais chances de sobreviver, pois muitas vezes são pacientes vítimas de traumas e com idade inferior a 30 anos". (técnico de enfermagem XIII)

"Quando é um paciente jovem fica difícil de aceitar. (...) Ao mesmo tempo nossa ele vai salvar tantas vidas" (técnico de enfermagem XVII)

A necessidade de se criar oportunidades no trabalho destinado tanto para a reflexão e melhor compreensão, como para a aceitação da morte como um processo natural e inevitável. Momentos de reflexão contribuem para a discussão e aplicação de práticas mais humanizadas no relacionamento de quem cuida e de quem é cuidado e seus familiares.⁽¹³⁾

A falta de conhecimento e adequado preparo das equipes, para realizar os exames clínicos que confirmam o diagnóstico de ME, parecem ser uma realidade presente nos hospitais. Em algumas situações, o desconhecimento de profissionais em como proceder diante da suspeita de ME, possivelmente é um fator que dificulta a notificação do potencial doador à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.⁽¹⁴⁾

Falta de conhecimentos em relação ao cuidado do paciente em ME

Identificamos que alguns profissionais manifestaram dificuldades quanto à falta de conhecimentos em relação ao cuidado do paciente em ME e citaram principalmente o desconhecimento dos parâmetros viáveis a manutenção desses pacientes como observamos nestas frases:

"Conhecimentos dos limites inferiores e superiores dos sinais vitais e exames bioquímicos adequados para manter o paciente viável para possível transplante". (enfermeiro VI)

"A falta de conhecimento dos parâmetros de definição de acordo com a comissão". (enfermeira III)

A equipe de enfermagem tem a responsabilidade de realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador, sendo que é necessário que possuam conhecimentos a respeito das repercussões fisiopatológicas próprias da ME, da monitorização hemodinâmica, e repercussões hemodinâmicas, advindas da reposição volêmica e administração de drogas vasoativas.⁽¹²⁾

Sentimentos do profissional no cuidado ao paciente em morte encefálica

Foram identificadas respostas que expressaram tanto sentimentos positivos quanto negativos, bem como relatos de que cuidar de um paciente em ME é como cuidar de um paciente em qualquer outra condição.

Dos sentimentos positivos sobre o cuidado ao pacientes em ME, foi verificado que diversos são os sentimentos que permeiam essa atuação, tais como: preparo profissional, satisfação, gratificação, importância e responsabilidade.

"Sinto-me satisfeita em relação, afinal estamos contribuindo para dar uma nova vida a quem esta na lista de espera para o transplante" (técnico de enfermagem IV).

"Sinto-me bem, seguro, preparado. Penso que devemos estar focado para o melhor cuidado, a fim de viabilizar o maior número de órgãos para doação" (enfermeiro VI).

"Sinto-me gratificada com tamanha importância. Pois acredito que meus cuidados técnicos são essenciais para o seguimento e o sucesso do protocolo". (técnica de enfermagem VI)

Dentre os sentimentos negativos no cuidado ao paciente em morte encefálica, foi relatado que o profissional se sente como se morresse um pouco com o paciente e também o sentimento de misericórdia. Entendemos que o sentimento relacionado à morte representa o sofrimento vivenciado pelo profissional no seu cuidado frente a esse paciente e a misericórdia está relacionada ao significado que a palavra trás, de pena, pelo diagnóstico de ME.

*"Sinto-me morrer um pouco com ele"
(técnico de enfermagem IX).*

*"Sinto misericórdia por o paciente se encontrar neste estado"
(auxiliar de enfermagem III).*

Entretanto, também há profissionais que referem não considerar o cuidado ao paciente em morte encefálica como diferenciado dos demais pacientes.

"Me sinto cuidando de um paciente como os outros, pois o vejo como os outros (...)"(técnico de enfermagem XII).

"Não sinto nada, para mim é igual a outro" (enfermeiro VI).

A assistência ao potencial doador não deve ser diferente da assistência prestada ao paciente em estado crítico, sendo que os cuidados devem ser mantidos.⁽¹⁵⁾

Importância atribuída pelo profissional ao cuidado do paciente em morte encefálica

Vários aspectos foram destacados em relação à importância que o profissional atribui ao seu papel profissional no cuidado ao paciente em ME, sendo agrupados em quatro sub-categorias, tais como: manutenção do potencial doador, supervisão e orientação da equipe de enfermagem, apoio familiar e influência dos cuidados sobre a decisão familiar.

Manutenção do potencial doador

"(...) São pacientes muito instáveis que exigem cuidados intensivos e avaliação laboratorial rigorosa para evitar deteriorização dos órgãos". (enfermeira I)

*"O papel da enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica é muito importante, pois é ele que identifica as alterações repentinas e mantêm o paciente até a hora da doação".
(técnica de enfermagem I)*

A manutenção adequada do doador exige conhecimento de uma série de alterações fisiopatológicas que ocorrem após a ME e que comprometem a perfusão e a oxigenação dos diferentes órgãos. O diagnóstico e o tratamento precoce das alterações fisiopatológicas são fundamentais para a finalização do processo de doação de transplante com êxito. Sendo assim, é de fundamental importância conhecer as principais alterações hemodinâmicas e metabólicas decorrentes da ME, bem como as intervenções necessárias para a correção dos distúrbios.⁽¹⁵⁾

Supervisão e orientação da equipe de enfermagem

Verificamos que todos os enfermeiros, explicitaram a sua importância no seu papel profissional no cuidado ao paciente em ME em relação à supervisão e orientação da equipe de enfermagem:

*"A enfermeira tem papel muito importante na orientação e supervisão da manutenção do potencial doador na UTI (...).
(enfermeira I)*

"Grande importância, principalmente por coordenar uma equipe e atuar como enfermeira assistencial" (enfermeira VIII)

*"Importante na informação à equipe de enfermagem (...)"
(enfermeira V)*

Os profissionais de enfermagem possuem um papel essencial no processo de doação de órgãos, pois é quem permanece a maior parte do tempo ao lado do paciente prestando os cuidados. Diante disto, o enfermeiro deve estar atento a assistência realizada pelos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem ao paciente em ME e orientar a equipe quanto aos cuidados adequados para manutenção desse paciente.

Apoio familiar

Outro aspecto de importância do papel profissional no cuidado ao paciente em ME foi o apoio familiar, conforme expresso abaixo:

"Importante na conversa com a família, no entendimento de todos sobre M.E" (enfermeira V)

A equipe de enfermagem deve estar preparada para lidar com as famílias que perderam algum ente querido, pois essas estão enfrentando um momento de sofrimento, dor, revolta. E o apoio dos profissionais neste período é de suma importância para que se possa proporcionar conforto a essas famílias.

Influência dos cuidados sobre a decisão familiar

Também foi identificado que os cuidados recebidos durante a internação podem influenciar a decisão familiar para a doação de órgãos.

"Muito importante, é a postura profissional da equipe aliada aos seus conhecimentos técnicos que poderão definir a ocorrência ou não da doação de órgãos. Outros fatores interferem na decisão familiar de doar ou não doar, porém o que presenciamos na prática e também é confirmado pela literatura é que as experiências vivenciadas pela família na fase de internação hospitalar são decisivas no momento de optar pela doação". (enfermeira IV)

A certeza da família de que o paciente recebeu todos os cuidados possíveis a tranquiliza e é um fator favorável a doação. Por outro lado, a insatisfação com atendimento recebido e a dúvida se foram realizados todos os procedimentos para evitar a morte do familiar são fatores descritos como decisivos para a não doação.⁽¹⁶⁾

Contribuições para a melhoria do cuidado ao paciente em morte encefálica

As contribuições explicitadas pelos sujeitos foram agrupadas em três principais subcategorias: capacitação, estrutura logístico-administrativa e apoio as famílias.

Capacitação

A categoria capacitação profissional foi a que apresentou maior número de sugestões, tais como:

"Seria importante curso de aperfeiçoamento oferecido pelo próprio hospital" (Técnica de enfermagem III).

"Treinamento para TODA equipe do hospital (...). Acredito que a base para melhoria deste processo deve estar na educação continuada" (Enfermeira IV)

Podemos perceber que a capacitação, segundo a análise da pesquisa, vem sendo alvo de grande destaque já que foi citada anteriormente quando questionados em relação a sua qualificação. Reforçamos a importância da abordagem sobre o cuidado ao paciente em ME na formação acadêmica de todos os profissionais e ainda a necessidade de educação permanente a estes. Onde os problemas enfrentados no dia-dia pela equipe e os conhecimentos pré-existentes de cada indivíduo possa ser levado em consideração, e assim, melhorar a assistência ao paciente.

Estrutura logístico-administrativa

Dentre as sugestões relacionadas à estrutura logístico-administrativa da Instituição Hospitalar, destaca-se a necessidade de aumento de número de recursos humanos, aquisição de materiais específicos para o cuidado e principalmente formas de agilizar a detecção da morte encefálica. Essas sugestões apenas reforçaram o que os participantes já haviam destacado anteriormente, quando citaram esses itens ao serem questionados sobre suas dificuldades no cuidado ao paciente.

Na legislação brasileira é obrigatório um exame complementar que demonstre a ausência de circulação intracraniana, ou a falência da atividade elétrica ou a cessação da atividade metabólica cerebral para diagnosticar a ME. No local de realização do estudo são utilizados o eletroencefalograma e/ou a angiografia cerebral como exame complementar, porém o segundo não é disponibilizado pelo hospital sendo necessário o transporte desse paciente até local do exame, o que acaba levando mais tempo e expondo o paciente a uma maior instabilidade.⁽¹²⁾

Em relação à necessidade de materiais específicos citados, estavam o aquecedor de soluções e as mantas térmicas, indisponíveis no local de realização do estudo, que são

importantes na manutenção da temperatura do paciente. Pois a regulação hipotalâmica da temperatura é perdida com a morte encefálica e a hipotermia induz diversos efeitos deletérios, como disfunção cardíaca, arritmias, coagulopatias, desvio da curva de dissociação da hemoglobina para a esquerda e diurese induzida pelo frio.⁽¹⁷⁾

No que refere à estrutura logístico-administrativa da instituição, foi destacada a necessidade de aumentar o número de profissionais da UTI, confirmando o que já havia sido apresentado como uma dificuldade encontrada pela equipe. Essa sobrecarga coloca em risco a prestação da assistência correta a todos os pacientes, inclusive aqueles com diagnóstico de ME, conforme alguns relatos que sugerem melhora na logística hospitalar:

"Os exames para detectar a morte encefálica deveriam ser feitos todos no mesmo local" (Técnico de Enfermagem II)

"Aquisição de materiais (aquecedor de soluções, mantas térmicas)" (Enfermeiro VIII)

"Aumentar o número de profissionais na UTI." (Técnico de Enfermagem IX)

Apoio familiar

No que diz respeito ao apoio às famílias, as sugestões destacam a necessidade de realizar um melhor apoio as famílias dos pacientes em ME. Apenas os enfermeiros apresentaram sugestão sobre esse tema, possivelmente relacionado à sua maior proximidade para esclarecer sobre as condições do paciente a família, assim como de ser responsabilidade do enfermeiro membro CIHDOTT estar junto na abordagem à família para a doação de órgãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o cenário de transplante de órgãos no Brasil vem evoluindo podendo ser observado pelo crescente número de pacientes que são transplantados. Acompanhando essa evolução, o processo de doação de órgãos tem se aprimorado, assim, tornando possível que um potencial doador seja transformado em doador efetivo.

Esse estudo possibilitou avaliar a atuação da equipe de enfermagem de uma UTI no cuidado ao paciente em morte encefálica, ao qual se compreendeu a importância do papel desses profissionais, principalmente no que diz respeito à manutenção do potencial

doador de órgãos, supervisão e orientação da equipe de enfermagem e abordagem à família.

Se os cuidados não são realizados de maneira qualificada os órgãos a serem doados podem ser prejudicados e a doação poderá se tornar inefetiva. A equipe de enfermagem possui papel fundamental no processo de doação de órgãos, pois é quem permanece a maior parte do tempo ao lado do paciente prestando os cuidados.

Diante disto, o enfermeiro deve estar atento a assistência realizada pela equipe de enfermagem ao paciente em ME, e orientá-la quanto aos cuidados adequados para manutenção desse paciente.

Ficou evidenciado que a equipe de enfermagem se considera qualificada para prestar os cuidados ao paciente em morte encefálica, porém há necessidade de educação continuada para melhor conhecimento e aprimoramento dos cuidados. Além disso, essa temática também deveria ser abordada durante a formação profissional.

As principais dificuldades encontradas no cuidado a esses pacientes, destacadas pelos profissionais foram: relação com a família do potencial doador e a estrutura logístico-administrativa da instituição. Os profissionais devem estar aptos para lidar com a família, esclarecendo-a sobre o assunto e mantendo-a informada sobre todo o processo de doação de órgãos. Se a família está bem esclarecida e entende esse processo, consegue compreender melhor a ME e as chances de autorização para a doação são maiores.

A instituição necessita adquirir recursos adequados, principalmente em estar agilizando os testes complementares para diagnosticar a ME e aumentando o número de profissionais para que se possa proporcionar uma assistência qualificada, visando a efetivação da doação de órgãos.

REFERÊNCIAS

1. Santos M.J, Massarollo, M.C.K.B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.13, n.3, p. 382-387, mai/jun. 2005.
2. Puppo C, Biestro A, Prado K.F. Morte encefálica. In: Pinheiro C, De Carvalho W.B. PROAMI- Programa de Atualização em Medicina Intensiva. São Paulo: Artmed, 2009.
3. Vicari A.R. Atitudes da equipe assistencial em relação à doação de órgãos em Hospitais de Porto Alegre. Porto Alegre, 2010. 95f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
4. Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de Santa Catarina. Dados de doação e transplantes em Santa Catarina 2009. Santa Catarina. 2009. Disponível

em: sctransplantes.saude.sc.gov.br/images/stories/estatistica_2009.pdf>. Acesso em: 10_de jun. 2010.

5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. São Paulo, SP: ABTO, 2009.
6. Moraes E.L, Silva, L.B.B, Moraes T.C, Paixão N.C.S, Izumi, N.M.S, Guarino A.J. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.17, n. 5, p.716-720, set/out.2009.
7. Minayo M.C.S. et al (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
8. Traiber C, Lopes MHI. Educação para doação de órgãos. Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS, v. 16, n. 4, out./dez. 2006.
9. Brasil. Portaria nº 1.752, 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. Diário Oficial da União, Brasília, 27 set. 2005.
10. Amorim V.C.D, Avelar T.A.B.A, Brandão G.M.O.N. A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos. Rev. De Enfermagem UFPE, v.4, n.1, p. 218-26, jan/mar. 2010.
11. Guarino A.J. Stress e capacitação de órgãos – uma realidade vivenciada pelos enfermeiros. São Paulo, 2005. Dissertação. Escola de Enfermagem/USP.
12. 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.
13. Silva J. Preparo e percepções da equipe de enfermagem no processo de morte e morrer. Revista Hórus. São Paulo, v. 4, n. 1. 2009.
14. Moraes EL, Massarollo MC. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. Acta paulista de enfermagem. São Paulo. v.22 n.2. 2009.
15. Santos M.J, MORAES E.L, Massarollo, M.C. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Cuidados Intensivos com o potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes. São Paulo: Manole, 2010.
16. Cantarovich F. Influence of socioeconomic and ethical factors on people behavior regarding the use of cadaveric organs. Transplant Proc., v. 37, n. 2, p. 539-42. 2005.
17. Rech T.H, Rodrigues Filho E.M. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 19, n. 2, p.197-204, jun. 2007.

6. CONCLUSÕES DO RELATÓRIO

O local selecionado foi adequado para a realização deste estudo, pois se mostrou um campo de estágio rico para aperfeiçoamento das habilidades de cunho teórico e prático.

Pela primeira vez, na academia, teve-se a experiência de realizar uma pesquisa com todas suas etapas. O tema escolhido surgiu da necessidade que se sentia de conhecê-lo melhor, devido à falta da abordagem sobre o assunto. A partir da necessidade de desenvolvimento do estudo foi possível conhecer as etapas envolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, desde o diagnóstico de ME até a captação dos órgãos.

A pesquisa realizada teve uma abordagem qualitativa com a equipe de enfermagem para o desenvolvimento desse estudo (Percepção da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no cuidado ao paciente em Morte Encefálica), e diante disso foi aplicado um questionário.

Através da coleta de dados conseguiu-se fazer uma análise levando em consideração o quanto os sujeitos de pesquisa consideravam-se qualificados para prestar cuidado ao paciente em ME, as dificuldades encontradas, sentimentos que permeavam esse cuidado, a importância que atribuíam ao seu papel profissional e ainda com as contribuições de sugestões que achassem pertinentes para melhorar o cuidado.

Foi possível compreender que a equipe de enfermagem considera-se qualificada para estar prestando cuidado ao paciente em ME, porém alguns sujeitos da pesquisa ressaltam a necessidade da educação continuada. As dificuldades destacadas foram sobre a relação com a família do potencial doador, a estrutura logístico-administrativa da instituição, aceitação do processo de ME pelos funcionários e a falta de conhecimentos nos cuidados prestados a esses pacientes.

A maioria dos sujeitos descreveu sentimentos positivos quando cuidam de pacientes em ME e destacaram o seu papel no cuidado ao paciente em morte encefálica nos seguintes itens: para a manutenção do potencial doador; na supervisão e orientação da equipe de enfermagem; para dar apoio a família e a influência dos cuidados sobre a decisão familiar.

Em relação às possíveis sugestões para melhorar o atendimento foram destacadas a necessidade de capacitações, melhoria na estrutura logística – administrativo e também no apoio as famílias.

Apesar dos membros da equipe de enfermagem se considerar qualificados, existe a necessidade de educação continuada para todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente em ME. Há a necessidade de melhorar a questão logístico – administrativa da

instituição, principalmente em agilizar os testes complementares para diagnosticar a ME e aumentar o número de profissionais, para assim favorecer um cuidado mais seguro e qualificado.

Também foi destacada a necessidade de um melhor preparo para dar apoio às famílias, pois estes profissionais permanecem em constante contato com a família, e precisam estar aptos a proporcionar um maior apoio e esclarecimentos.

Com o desenvolvimento desse estudo foi possível conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre sua atuação no cuidado ao potencial doador de órgãos, que nos permitiu um maior contato sobre o tema que até o momento não tínhamos conhecimento. E foi gratificante o envolvimento com a equipe de enfermagem da UTI do HGCR, que acolheu a pesquisa em seu ambiente de trabalho.

Finalizamos essa disciplina com a certeza de termos crescido profissionalmente, nos tornamos mais seguras na assistência e aumentamos a nossa bagagem teórica, tanto pela necessidade que sentíamos na prática, de retomar diversos assuntos que nos preparavam para a assistência de qualidade, como para o desenvolvimento do nosso estudo.

REFERÊNCIAS

AMORIM, S.F. **Estudo sobre estresse e burnout em enfermeiros captadores de órgãos de doadores cadáveres para transplante na cidade de São Paulo.** São Paulo, 2006. Dissertação. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

AMORIM, V.C.D.; AVELAR, T.A.B.A.; BRANDÃO, G.M.O.N. A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos. **Rev. De Enfermagem UFPE**, v.4, n.1, p. 218-26, jan/mar. 2010.

ARAÚJO, S.; CINTRA, E.A.; BACHEGA, E.B. Manutenção do potencial doador de órgãos. In: CINTRA E.A., NISHIDE V.M.; NUNES W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** São Paulo: Atheneu; 2005. p. 443-56.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** São Paulo, SP: ABTO, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Doação de órgãos e tecidos.** São Paulo (SP): ABTO, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** Campos do Jordão(SP): ABTO, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes.** São Paulo. 2009. Disponível em: <www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/anoXV_n4/index.aspx?idCategoria=2> Acesso em: 10 de jun. 2010.

BERNARDES, et al. Enfermagem em transplante renal. **Rev Bras Enferm.**, v. 49, n. 5/6, p. 595-605. 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.048 de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 set. 2009.

BRASIL. Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 jul. 1997. Seção 1, p. 3

BRASIL. Lei n 10.211 de 23 de março de 2001. Altera os dispositivos da Lei n 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial União**, Brasília, 24 mar. Seção Extra, p.6.

BRASIL. Lei n. 9.434 de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 04 fev. 1997. Seção 1, p.2191-3.

BRASIL. **Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968.** Dispõe Sobre a Retirada e Transplante de Tecidos, Órgãos e Partes de Cadáver para Finalidade Terapêutica e Científica, e da Outras Providencias. **Diário Oficial União**, Brasília, 10 ago.1968.

BRASIL. Portaria 905, 18 de agosto de 2000. Estabelece sobre a Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes e a obrigatoriedade desta integrar o rol das exigências para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo-UTI, do Tipo II e III, em hospitais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 ago. 2000. Seção 1, p. 119.

BRASIL. Portaria nº 1.752, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 set. 2005.

BRASIL. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 22 ago. 2007.

BRASIL. Portaria nº 901, de 16 de agosto de 2000. Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 ago. 2000.

BRASIL. Portaria nº 91 de 23 de janeiro de 2001. Estabelece normas de funcionamento e critérios técnicos a serem utilizados pela Central Nacional no desenvolvimento de suas atividades, e estabelece os mecanismos de relacionamento, critérios de disponibilização de órgãos, o fluxo de informações e as obrigações das Centrais Estaduais/Regionais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos em relação à Central Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 jan. 2001. Seção 1, p. 20-23.

CALDEIRA M.; WESTPHAL G.A. **Manual prático de medicina intensiva.** São Paulo: Segmento, 2005.

CANTAROVICH F. Influence of socioeconomic and ethical factors on peoples behavior regarding the use of cadaveric organs. **Transplant Proc.**, v. 37, n. 2, p. 539-42. 2005.

CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS DE SANTA CATARINA. **Dados de doação e transplantes em Santa Catarina 2009.** Santa Catarina. 2009. Disponível em: sctransplantes.saude.sc.gov.br/images/stories/estatistica_2009.pdf. Acesso em: 10 de jun. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial**, Brasília, 12 de nov. 1996.

COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL. **Brain Death**. Harvard Medical School. 1969.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.480 de 08 de agosto de 1997. Estabelece critérios diagnósticos de morte encefálica. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, 21 ago. 1997. Seção, p.18.227-8.

DARBY, J.M.; POWNER, D.J.; KELLUM J.A. Abnormalities in fluid, electrolytes and metabolism of organ donors. **Progress in Transplantation**, v.10, n. 2, p. 88-94. 2000.

DELL AGNOLO C.M.; et al. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 375-82, set. 2009.

D'IMPERIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.74-84, mar. 2007.

EDGAR P.B; BONNER, S. Management of the potential heart-beating organ donor. **Continuing Education in Anaesthesia Crit Care**, v. 4, p. 86-90. 2004.

FUHR, M. **O significado do processo de doação de órgãos para familiares pós-doação**. Florianópolis, 2006. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

GARCIA, V.D. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office Editora, 2000.

GARCIA, V.D.; PESTANA, J.O.; IANHEZ, L.E. Transplante de órgãos e tecidos. **História dos transplantes no Brasil**. São Paulo, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas S.A., 1996.

GUARINO, A.J. **Stress e capacitação de órgãos – uma realidade vivenciada pelos enfermeiros**. São Paulo, 2005. Dissertação. Escola de Enfermagem/USP.

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.

KNOBEL, E. **Terapia Intensiva Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LEMES, M.M.D.D.; BASTOS, M.A.R. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 986-991, out. 2007.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n.10, p. 2229-2239, out. 2009.

MINAYO M.C.S. et al (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Transplantes. Lista de Espera 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lista de Espera 2009.pdf>. Último acesso em 15 de novembro de 2010.

MORAES, E.L; SILVA, L.B.B; MORAES, T.C; PAIXÃO, N.C.S; IZUMI, N.M.S; GUARINO, A.J. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 5, p.716-720, set/out.2009.

MORAES, EL; MASSAROLLO MCKB. **Manutenção do potencial doador**. In: CALIL, AM; PARANHOS, WY (orgs.). O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo. p. 759-73. 2007.

MORAES, EL; MASSAROLLO, MC. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo. v.22 n.2. 2009.

NORDON, D.G.; ESPOSITON, S.B. Morte encefálica. **Rev.Fac.Ciênc.Méd.**, Sorocaba, v. 10, n. 2, p. 31 – 34. 2008.

NOTHEN, R.R. **A doação de órgãos no cenário da unidade de terapia intensiva**. Artmed, 2006.

PEREIRA, W.A. História dos Transplantes. In: Pereira W.A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. Belo Horizonte: MEDSI, 2000.

POWNER, D.J.; DARBY, J.M.; STUART, S.A. Recommendations for mechanical ventilation during donor care. **Progress Transplantation**, v.10, p. 33-38. 2000.

POWNER, D.J.; DELGADO, E. Using pressure-limited mechanical ventilation in caring for organ donors. **Progress Transplantation**, v. 11, p. 174-179. 2001.

POWNER, D.J.; KELLUM, J.A. Maintaining acid-base balance in organ donors. **Progress in Transplantation**, v.10, p. 98-103. 2000.

PUPPO, C.; BIESTRO, A.; PRADO, K.F. Morte encefálica. In: PINHEIRO, C.; DE CARVALHO, W.B. **PROAMI - Programa de Atualização em Medicina Intensiva**. São Paulo: Artmed, 2009.

RAMLOW, L.T. **Estudo das barreiras na obtenção de órgãos para transplante nas unidades de terapia intensiva das regiões metropolitanas do Estado de Santa Catarina**. Santa Catarina, 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

RECH, T.H.; RODRIGUES FILHO, É.M. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.197-204, jun. 2007.

REGATÉRIO, A.A. Mantenimiento del donante de órganos. **Revista Eletrônica de Biomedicina**, Cádiz, v. 2, n. 1, p.101-107. 2003.

ROZA, B.A. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação.** São Paulo, 2005. 146p. Dissertação (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo.

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO, M.C.K.B. **Manutenção do potencial doador.** In: Calil AM, Paranhos WY (orgs.). O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu, 2007.

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p. 382-387, mai/jun. 2005.

SANTOS, M.J.; MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. **Cuidados Intensivos com o potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes.** São Paulo: Manole, 2010.

SCHELEMBERG, A.M.; ANDRADE, J.; BOING, A.F. Notificações de mortes encefálicas ocorridas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos: análise do período 2003 – 2005. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 36, n. 1, p.30-36. 2007.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Hospitais estaduais. Hospital Governador Celso Ramos.** Disponível em: www.saude.sc.gov.br/hospitais/hgcr/serv_oferec.htm. Último acesso em: 10 de jun. 2010.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenação do Sistema Estadual de Transplante. **Doação de órgãos e tecidos.** São Paulo. 2002.

SILVA, A.B.V.; MARCELINO, C.A.G. **Transplante e manutenção do potencial doador na terapia intensiva.** In: VIANA, A.P.P.; WHITAKER, I.Y. et al. Enfermagem em terapia intensiva- práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, J. Preparo e percepções da equipe de enfermagem no processo de morte e morrer. **Revista Hórus.** São Paulo, v. 4, n. 1. 2009.

SILVA, L.B.B.; MORAES, E.L. Processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Organização de procura de órgãos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: www.hcnet.usp.br/adm/dc/opo/pdf/Manual%20Doacao%20OPO%20HC.pdf, Acesso em: 10 nov. 2010.

TERRA C.M.; BOUSSO A.; MARTINS F.R.P.; SILVA A.F.A.; FERNANDES J.C.; BALDACCI E.R.; OKAY Y. Morte encefálica: análise. **Divisão de pediatria do Hospital Universitário da USP**, São Paulo, v.16, n.3, p. 102-112. 1994.

TRAIBER, C; LOPES, MHI. Educação para doação de órgãos. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 16, n. 4, out./dez. 2006.

TUTTLE-NEWHALL JE, COLLINS BH, KUO PC ET AL - Organ donation and treatment of the multi-organ donor. **Current Problems in Surgery**, v. 40, p. 266-310. 2003.

UENO, T; ZHI-LI, C; ITOH, T. Unique circulatory responses to exogenous catecholamines after brain death. **Transplantation**. v.70, n.3, p. 436-40. 2000.

VICARI, A.R. **Atitudes da equipe assistencial em relação à doação de órgãos em Hospitais de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2010. 95f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

WATKINSON G. A study of the perception and experiences of critical care nurses in caring for potential and actual organ donors: implications for nurse education. **Journal of Advanced Nursing**. V.22, n.5, p. 929-940, Nov. 1995.

WOOD, K.E. et al. Care of the potential organ donor. *The New England Journal of Medicine*, v. 351, p. 2730-2739. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados

Gostaríamos de contar com sua colaboração para responder este instrumento, que faz parte de uma pesquisa a qual visa avaliar a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI) no cuidado ao paciente em morte encefálica. Ressaltamos que não é necessário identificar-se e que sua colaboração é de extrema importância para nós!

Obrigada.

1. Idade:

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Estado civil: () Casado () Divorciado () Solteiro () Viúvo

4. Profissão: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Auxiliar de Enfermagem

5. Religião: () católico () evangélico () espiritualista () protestante
() Outra. Qual? _____ () não tem religião

6. Tempo de atividade profissional: () < 5 anos () 5-10 anos () 10-15 anos
() 15- 20 anos () > 20 anos

7. Tempo de trabalho na UTI: () 6 meses- 1 ano () 1- 5 anos () 5- 10 anos
() 10-15 anos () 15-20 anos () > 20 anos

8. Quantas vezes você já cuidou de paciente em morte encefálica?

9. Como considera a sua qualificação para prestar cuidado ao paciente em morte encefálica? Por quê?

10. Qual sua maior dificuldade no cuidado ao paciente em morte encefálica?

11. Como você se sente ao cuidar do paciente em morte encefálica?

12. Qual a importância que você atribui ao seu papel profissional no cuidado ao paciente em morte encefálica?

13. Você tem alguma sugestão que possa contribuir para melhorar o cuidado ao paciente em morte encefálica?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos

Nós, acadêmicas da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: Percepção da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no cuidado ao paciente em morte encefálica. Tendo como objetivo avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre sua atuação no cuidado ao paciente em morte encefálica em UTI do HGCR. A pesquisa será orientada pela Profª Drª Sayonara de Fátima Faria Barbosa, sob supervisão da Enfa. Ms. Helga Regina Bresciane.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação, que ocorrerá por meio de um questionário, anônimo, a ser respondido por você no seu ambiente de trabalho. As pesquisadoras colocam-se disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos seguintes contatos: Ana Cláudia (48) 9638-3337 anacobatista@gmail.com e Camila (48) 9949-0149 camilasp87@gmail.com ou ainda pessoalmente no campo de estágio, ou seja, UTI. Os dados coletados poderão ser acessados sempre que desejar, mediante solicitação.

Você tem liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Os aspectos éticos relativos á pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia e beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

Nesses termos e considero-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Data: Florianópolis ___ de Setembro de 2010.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura das pesquisadoras:

Ana Cláudia de Oliveira Batista: _____

Camila Santos Pires: _____