



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

DINELSA MARA DA SILVA
GRAZIELE TELLES

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

FLORIANÓPOLIS

2012

DINELSA MARA DA SILVA

GRAZIELE TELLES

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do grau de enfermeiro.

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

FLORIANÓPOLIS

2012

DINELSA MARA DA SILVA

GRAZIELE TELLES

“Conhecimento dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos”

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

J. Machado

J. T. L.

D. B.

Florianópolis, 10 de dezembro de 2012.

Dedicamos a todos os familiares dos doadores de órgãos, que em um momento de tristeza foram solidários e levaram esperança a pessoas desconhecidas. Aos enfermeiros que aceitaram contribuir para o nosso estudo. A nossos familiares, amigos, colegas e professores.

AGRADECIMENTOS

Dinelsa Mara da Silva

Agradeço a Deus, que guiou meus caminhos durante essa trajetória, renovando minha força e disposição para realizar meus sonhos e alcançar meus objetivos.

Um agradecimento especial a minha mãe Vandira principal incentivadora, de quem recebi apoio incondicional nessa empreitada, sempre me apoiando e buscando compreender minhas ideias e escolhas e que embora não soubesse muito bem o que era o tão esperado TCC, iluminava de maneira especial os meus pensamentos. Obrigada pelos incentivos constantes, principalmente pelo carinho, paciência e companheirismo nos momentos em que tudo parecia querer dar errado. Com você pude compartilhar minhas angustias, inquietações, ansiedades, a quem eu agradeço a Deus todas as noites por fazer parte da minha vida.

Ao meu esposo Márcio, minha irmã Valdirene e aos demais membros da minha família que de forma especial e carinhosa me deram força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e me ajudando a vencer cada obstáculo. Obrigado por contribuir para meu crescimento pessoal e profissional, por sonhar comigo e fazer planos, por acreditar no meu potencial. Espero um dia poder retribuir a todos esse carinho.

A nossa orientadora, prof. Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa que acreditou em nosso trabalho; pela disponibilidade em auxiliar em nossas dificuldades, compartilhar conhecimentos e experiências e sempre nos motivar. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional.

Ofereço um agradecimento mais do que especial para minha parceira Grazielle Telles por ter vivenciado comigo cada momento dos nossos estágios e do nosso TCC.

A todo corpo docente do curso de enfermagem, que tornaram minha vida acadêmica cada dia mais desafiante, pela sensibilidade que os diferencia como educadores e pela presença marcante em minha vida acadêmica e profissional.

Aos nossos supervisores Alex Becker e Fabiana Minati de Pinho pela atenção e disponibilidade em nos ensinar todas as complexidades de uma UTI, contribuindo para o

nosso novo olhar profissional.

A professora Dra. Lúcia Nazareth Amante por participar da nossa banca examinadora.

A todos os enfermeiros da unidade de terapia intensiva pela prontidão e gentileza em participar como sujeitos da nossa pesquisa e pela confiança em responder nosso questionário. Condições que tornaram viável a realização deste trabalho.

A todos os funcionários da UTI do HU-UFSC que cooperaram, acreditaram e contribuíram para minha formação, fica aqui minha imensa gratidão.

A nossa turma de graduação pela diversão, aprendizado, convivência que tanto auxiliou nas pesadas cargas horárias de estudo. Colegas que durante esses anos de faculdade dividiram sonhos, sorrisos, temores e ansiedades.

Enfim, a todos muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Graziele Telles

A Deus por ser a força motivadora das minhas ações, me abençoando e me protegendo sempre.

A minha mãe Jocimara Outeiro e ao meu pai José Carlos Telles que me deram o dom da vida, o amor e a vontade de crescer.

Aos meus irmãos Alessandro Telles, Derli Outeiro e José Rodolfo Telles que me proporcionam a tarefa diária de respeitar as opiniões e decisões individuais, aprendendo que cada ser humano é único, movido por razões distintas.

A minha nona Maria do Rosário que foi uma mulher forte, decidida e comprometida com o bem, me ensinou a valorizar a independência e a correr atrás de meus objetivos.

A minha sobrinha/afilhada Fernanda Domingues por me levar para o universo da fantasia e descobrir o amor puro e sincero que somente uma criança pode nos oferecer.

Ao meu namorado Pedro Vieira que me incentiva e apoia a seguir em frente em meus projetos, com alegria, amor e amizade.

A minha parceira de TCC Dinelsa Mara pela paciência e companheirismo nesta etapa final.

A nossa orientadora professora Dra Sayonara de Fátima Faria Barbosa por acreditar em nossa competência, nos apoiar e contribuir significativamente para nosso crescimento acadêmico.

Aos nossos supervisores Alex Becker e Fabiana Minati de Pinho por nos proporcionarem um semestre de muito aprendizado, com calma, paciência e competência. Contribuindo para nosso crescimento técnico e humano.

A nossa professora Dra Lúcia Nazareth Amante pelas contribuições dadas ao nosso estudo.

As minhas amigas Gabriela Ribeiro e Mayara Ester pela contribuição dada para meu crescimento profissional, risadas e conversas ao longo dos anos de faculdade.

A todos os profissionais da UTI/HU em especial aos que trabalham no mesmo turno que eu pelo incentivo, amizade, compreensão e fortalecimento de minha paixão pela área da saúde.

RESUMO

SILVA, Dinelsa Mara da; TELLES, Grazielle. **CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2012.

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

A pesquisa teve como objetivo avaliar o grau de conhecimento dos enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva, sobre o processo de doação de órgãos. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal e de abordagem quantitativa, desenvolvido em Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais do Estado de Santa Catarina, que tiveram notificação e doações de órgãos efetivadas no ano de 2011. Participaram da pesquisa 30 enfermeiros. A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário com 31 questões como: identificação, tempo e local de trabalho, conhecimento técnico e aspectos legais. Dividimos o processo em seis fases, e obtivemos as seguintes pontuações globais em cada etapa: Identificação do potencial doador de órgãos (94,16%), manutenção do potencial doador de órgãos (80%), diagnóstico de morte encefálica (87,5%), entrevista familiar (63,3%), extração de órgãos (72,2%), liberação do corpo do doador de órgãos (71,6%). Observou-se que a fase da entrevista familiar foi aquela em que os enfermeiros apresentaram maior déficit de conhecimento. Avaliamos que a concretização de um estudo com esta característica aponta a necessidade de ampliação de seu escopo, de modo que possa ser identificado, com maior abrangência, o grau de conhecimento dos enfermeiros atuantes nesta unidade, para que iniciativas de formação continuada sejam desenvolvidas de forma mais pontual, e assim contribuam para uma crescente melhoria no processo de doação-transplantes.

Descritores: Doação dirigida de tecidos, Transplante de órgãos, Enfermagem, Conhecimento

LISTA DE SIGLAS

- ABTO - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos.
- AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira.
- APABO - Associação Pan-americana de Banco de Olhos.
- CC – Centro Cirúrgico.
- 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.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem.
- CNCDOs - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
- CNNCDO - Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
- EEG - Eletroencefalograma.
- IML – Instituto Médico Legal.
- ME- Morte Encefálica.
- MS – Ministério da Saúde.
- OPO - Organização de Procura de Órgãos.
- PVC – Pressão Venosa Central.
- SAE – Sistematização da Assistência em Enfermagem.
- SNC - Sistema Nervoso Central.
- SNT - Sistema Nacional de Transplantes.
- SC – Santa Catarina.
- SUS - Sistema Único de Saúde.
- SVO – Serviço de Verificação de Óbito.
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- TCC – Trabalho de Conclusão de Curso.
- UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina.
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1	História e legislação da doação de órgãos	18
3.2	Processo de doação de órgãos.....	19
3.2.1	Identificação do Potencial Doador de Órgãos.....	20
3.2.2	Manutenção do Potencial Doador de Órgãos.....	21
3.2.3	Diagnóstico de Morte Encefálica	22
3.2.4	Entrevista Familiar	24
3.2.5	Extração de órgãos e tecidos	25
3.2.6	Liberação do corpo do doador de órgãos e tecidos	25
3.3	Enfermagem no processo de doação de órgãos	25
3.4	A realidade dos transplantes de órgãos em Santa Catarina	27
4	MÉTODO	29
4.1	Tipo de estudo.....	29
4.2	Local da pesquisa.....	29
4.3	Sujeitos da pesquisa	29
4.5	Aspectos éticos.....	30
4.6	Organização e análise dos dados.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO RELATÓRIO	48
	APÊNDICES	54
	APÊNDICE A – E-mail Convite	55
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56
	APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados.....	58
	ANEXOS	65
	ANEXO A - Número de notificações de potenciais doadores, doadores efetivos e doadores cujo órgão foram transplantados em SC e no Brasil em 2011.....	66
	ANEXO B - Número de notificações de potenciais doadores, doadores efetivos e doadores	

cujo órgão foram transplantados em SC e no Brasil durante o 1º trimestre de 2012.	66
ANEXO C - Notificações e doações efetivas de órgãos por estabelecimento em SC no ano de 2011	67
ANEXO D - Aprovação do comitê de ética.	68

1 INTRODUÇÃO

No instante em que começamos a pensar sobre o trabalho de conclusão de curso, que é o momento de consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo da graduação, a primeira preocupação que surge é com relação ao tema do estudo a ser realizado. Ao analisarmos todas as etapas experimentadas ao longo destes quase quatro anos percebemos que houve uma lacuna deixada com relação aos conhecimentos necessários ao enfermeiro, com no que diz respeito ao processo de doação de órgãos, devido à falta da abordagem sobre o assunto na academia.

Visto que passamos por diversas etapas de aprendizado e construção de conhecimento com a finalidade de obtenção de competências necessárias para a formação de um enfermeiro generalista, compreendemos que é fundamental para a obtenção deste título, desenvolvermos algum tipo de familiaridade com o tema. Além do fato de termos como objetivo atuar e continuar nossa capacitação profissional voltada à área da alta complexidade, mais precisamente atuando diretamente com pacientes em situações críticas de saúde. Com base nisso, decidimos realizar nosso trabalho de conclusão de curso voltado ao tema doação de órgãos, buscando compreender melhor o processo, mais precisamente o conhecimento do enfermeiro que trabalha em unidade de terapia intensiva e participa diretamente nas etapas da doação de órgãos.

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO, 2011), consta que no Registro Brasileiro de Transplantes no ano de 2011 o Brasil atingiu a marca de 23.397 transplantes, tornando-se o maior sistema público de transplantes do mundo, com a meta superada de 10 doadores/milhão de população. O Estado de Santa Catarina (SC) realizou 1015 transplantes e obteve a marca de 25 doadores efetivos por milhão de habitantes, sendo esse o melhor resultado já alcançado por um Estado Brasileiro. Espera-se que em 2015 a meta nacional atingida seja de 15 doadores/milhão de população.

Atualmente, o transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida. Mesmo assim, a desproporção crescente do número de pacientes em lista de espera versus o número de transplantes é um fato inquestionável, e dentre os fatores limitantes, está a não notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica (ME) às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs). Embora seja obrigatoriedade prevista em lei, existe a falta de política de educação continuada aos profissionais da saúde voltadas para o processo de doação-transplante, que por consequência

do conhecimento insuficiente desta temática, pode contribuir para a recusa familiar, assim diminuindo as taxas de doação de órgãos.

O cumprimento de todas as etapas de doação é essencial para o êxito e efetiva realização do transplante. Possibilitando uma melhor qualidade dos órgãos, além de evitar inadequações que possam gerar questionamentos por parte dos familiares o que pode acarretar um favorecimento a recusa de doação dos órgãos. Para isso é necessário que a família participe e acompanhe ativamente, evidenciando a transparência do mesmo (ABTO, 2011).

A enfermagem, através das práticas assistenciais e da produção de conhecimento científico, tem trazido as suas contribuições para o processo de construção de uma assistência voltada cada vez mais para a busca da qualidade em um âmbito geral e humanizado, no atendimento ao paciente (VENTURA; PAULETTI, 2010).

Nas últimas décadas, a enfermagem vem se caracterizando como profissão em contínuo desenvolvimento, na conquista de novos horizontes e perspectivas, por meio do saber profissional e das inovações tecnológicas. Por ser uma profissão que integra a ciência e a arte de cuidar do ser humano, com a finalidade de promover, manter e restaurar a saúde, a enfermagem é uma profissão em constante aprimoramento técnico e científico. Para isso, os enfermeiros devem estar capacitados para atuar em todos os seguimentos de assistência a saúde, e como consequências desse aprimoramento, tornarem-se aptos a promover uma assistência holística e humanizada às pessoas e ainda assumir um espaço concreto e visível nos sistemas de saúde (GUIDO, 2009).

O enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, vem desempenhando um papel importante na captação de órgãos, atuando principalmente na identificação de doadores, na manutenção hemodinâmica, na constatação e comprovação de morte encefálica, na comunicação com os centros de transplantes e com os familiares do doador. Vale ressaltar que o diagnóstico de ME não é atribuição do enfermeiro, mas nesse cenário ele deve estar inteirado quanto a sua ocorrência, visto que, no artigo 20, capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ele tem responsabilidade por falta cometida em sua atividade profissional, praticada individualmente ou em equipe. Desse todo, o enfermeiro é corresponsável pela notificação da ME, devendo documentar sua ocorrência (SILVA et al, 2010).

Com base nesse fato, o impacto na realização de transplantes está diretamente relacionado à qualidade de assistência prestada por parte dos enfermeiros ou da equipe de enfermagem ao potencial doador de órgão, antes e durante a abertura do processo de notificação de ME.

Considerando que a enfermagem assume responsabilidade natural de cuidados aos pacientes nestas condições, há uma tendência de menor investimento cuidativo por parte da equipe de enfermagem, principalmente quando não há definição sobre a doação. Quando a doação é formalizada, talvez não haja tempo nem condições ideais de manutenção de certos órgãos (GUETTI E MARQUES, 2008).

De modo que haja uma assistência de enfermagem de qualidade é imprescindível que, além do domínio técnico e científico, exista a sistematização das ações. Para isso, se faz necessário a capacitação e a qualificação dos profissionais da área da saúde, com o propósito de prestar uma assistência diferenciada aos potenciais doadores, pacientes transplantados e também para os familiares dos doadores. Sem contar que ao colocar em prática tais conhecimentos, seu papel contribuirá para mudanças no cenário dos transplantes, qualificando a assistência a partir de uma visão global e individualizada do paciente e como instrumento de valorização e autonomia da enfermagem.

Os profissionais de enfermagem que atuam na assistência aos pacientes e na captação de órgãos para transplante estão em contato direto com familiares, e em muitas ocasiões terão que orientá-los quanto ao processo de doação de órgãos. É imprescindível que o profissional esteja esclarecido, conhecendo todas as etapas, a legislação vigente e certo da sua própria decisão de ser ou não doador, pois assim a abordagem com a família será mais segura. Os profissionais de enfermagem podem contribuir, apoiando as famílias dos doadores, oferecendo amparo necessário durante e após o processo de doação. Para que isso ocorra, se faz necessário o treinamento e a capacitação da equipe assistencial por parte da instituição onde trabalham, proporcionando um espaço onde dúvidas são sanadas, angústias divididas e ocorra o aprimoramento do conhecimento.

A educação continuada é de essencial para uma conduta mais humanizada por parte de toda a equipe multidisciplinar, além disso, o enfermeiro pode ser o profissional capaz de realizar essa tarefa, pois na maioria dos casos os enfermeiros são considerados os elos vitais entre médicos, pacientes, técnicos de enfermagem e familiares, o que favorece a doação de órgãos (GODOY, 2007).

Consideramos que o tema doação de órgãos está presente no dia-a-dia da população, seja através das redes sociais, novelas, filmes e campanhas de conscientização do governo, sendo muito discutido devido sua complexidade.

Tendo como base o contexto abordado, torna-se notória a necessidade dos enfermeiros aprofundarem seus conhecimentos relativos ao processo de doação de órgãos. Baseadas nesse fato, sentimos a necessidade de conhecer todas as etapas e suas especificidades, desde a

identificação do potencial doador, até a liberação e entrega do corpo do doador falecido aos seus familiares para o sepultamento.

É evidente, que os enfermeiros têm um papel essencial nesse processo e que os mesmos não podem fugir do compromisso de buscar qualificação profissional. Diante dessas considerações, surgiu o seguinte questionamento: Qual o conhecimento dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos?

2 OBJETIVOS

a) Avaliar o grau de conhecimento dos enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos;

b) Verificar a existência de diferenças de conhecimento dos enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva, nas diferentes fases do processo de doação de órgãos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 História e legislação da doação de órgãos

Segundo Garcia et al (2006), o primeiro transplante bem sucedido foi o de rim, realizado nos Estados Unidos, em 1954, o mesmo aconteceu no Brasil no ano de 1965.

Para Santos e Massarollo (2005), os avanços ocorridos nas ultimas décadas na área da saúde em especial nas técnicas cirúrgicas, na área imunológica e farmacológica fizeram com que o transplante de órgãos se tornasse um tratamento realizado mundialmente. Em contra partida, a fila de espera continua aumentando, devido ao número crescente da população com indicação a este tipo de tratamento.

O transplante de órgãos e tecidos segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO, 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.

No Brasil, a regulamentação do processo de doação de órgãos é regida pelas Leis 9.434 de fevereiro de 1997 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, tratamento e de outras providências, que 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 (BRASIL, 2001).

A modificação mais significativa diz respeito à desobrigatoriedade 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.

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 (ABTO, 2011). 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 (CNNCDO). 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 promulgado 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 UTIs, 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 Ministério da Saúde (MS), passando a ser denominada Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Segundo essa Portaria cabe à CIHDOTT:

- a) Detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;
- b) Viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;
- c) Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- d) Articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do Estado respectivo para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- e) Responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;
- f) Articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;
- g) Capacitar, em conjunto com a CNCDO e SNT, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos.
- h) Desta forma, as diferentes atividades a serem desenvolvidas pelos membros das CIHDOTTs explicitam mais alguns dos diferentes papéis a serem exercidos pelos enfermeiros neste processo e que transcendem as questões técnicas de cuidado, englobando aspectos educacionais e de envolvimento com a família e equipe.

3.2 Processo de doação de órgãos

O processo de doação de órgão é extenso e complexo, envolvendo diferentes

profissionais. Inicia-se com a identificação de um paciente com critérios clínicos neurológicos de ME, ou seja, ausência evidente de reflexos do tronco cerebral em um paciente em coma irreversível, escala de coma de Glasgow igual a 3 e sem uso de drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC). Atendidos esses critérios ocorre a notificação às CNCDOs. Após, ocorre uma avaliação clínica e laboratorial criteriosa com o propósito de confirmação do diagnóstico suspeito. Durante essa etapa, inicia-se a fase de manutenção do potencial doador, com atenção focada a estabilidade hemodinâmica entre outras medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos passíveis de utilização (ABTO, 2011).

Tão logo seja confirmado o diagnóstico de ME, é feito um comunicado a família, seguido de uma entrevista familiar, considerado um dos momentos mais delicados, no processo de doação e transplante. Essa entrevista deve ser realizada por profissionais capacitados da equipe multidisciplinar, pois esse profissional terá como meta elucidar dúvidas, compartilhar sentimentos e buscar o consentimento dos familiares à doação de órgãos e tecidos. Não havendo negativa, 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. Ocorre o transplante propriamente dito, e o acompanhamento do resultado (ABTO, 2011).

Conforme a Lei n ° 9.434 de 1997, a liberação do corpo deve ocorrer imediatamente após a retirada dos órgãos e tecidos, esse por sua vez deve ser entregue à família condignamente recomposto para o sepultamento (BRASIL, 1997).

3.2.1 Identificação do Potencial Doador de Órgãos

A identificação do potencial doador é feita através do exame clínico realizado rotineiramente pelo médico da unidade. O paciente com suspeita de morte encefálica é aquele que durante o exame clínico apresentar os seguintes achados: Coma irreversível, aperceptivo, arreativo, de causa conhecida; Escala de coma de Glasgow igual a 3; Temperatura axilar >32°C; sem uso de drogas depressoras do SNC por 24/48h, intoxicação e alterações metabólicas (ABTO, 2011).

Segundo a Lei 9.434/97, é obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, à CNCDO da Unidade Federada onde for feito o diagnóstico de morte encefálica, em pacientes por eles atendidos (BRASIL, 1997).

A resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n° 292/2004 normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, envolvendo as atividades relativas ao cuidado com doador, receptor e famílias, explicitando que ao Enfermeiro cabe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os Procedimentos de Enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos, além de notificar às CNCDO, a existência de potencial doador. Deve-se informar e esclarecer os familiares do potencial doador sobre o início do protocolo de confirmação da ME. Uma vez identificado inicia-se, imediatamente, a manutenção do mesmo, com o objetivo de preservar a qualidade de seus órgãos para transplante, além de evitar a parada cardíaca (COFEN, 2004).

3.2.2 Manutenção do Potencial Doador de Órgãos

Um dos grandes problemas na manutenção dos potenciais doadores consiste em manter parâmetros hemodinâmicos estáveis com o propósito de tornar os órgãos viáveis para transplante. Durante o processo de ME ocorre uma série de alterações fisiológicas que contribuem para instabilidade do doador, tais como (CALDEIRA E WESTPHAL, 2005):

- a) Perda do controle hemodinâmico e da pressão arterial;
- b) Perda da respiração espontânea;
- c) Perda do controle do balanço hidroeletrólítico;
- d) Perda do controle da temperatura;
- e) Alterações do equilíbrio hormonal.

Para manter o controle dessas funções o mais próximo possível do normal faz-se necessário o registro contínuo dos parâmetros hemodinâmicos, temperatura, sódio, potássio, glicose dos potenciais doadores. O objetivo básico na manutenção do potencial doador pode ser resumido de acordo com Caldeira e Westphal (2005), apresentado a seguir:

- a) Hemoglobina >10g/dl;
- b) Pressão Venosa Central (PVC) > 10mmHg;
- c) Pressão arterial sistólica > 100mmHg;
- d) Dopamina < 10µg/Kg/min;
- e) Débito urinário >100 ml/h;
- f) Pressão arterial de oxigênio >100mmHg.

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:

- a) Acesso venoso central para infusão de drogas e líquidos, além de mensuração da PVC;
- b) Monitorização contínua da frequência cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva;
- c) Sondagem vesical de demora, para o controle da diurese;
- d) Sondagem gástrica;
- e) Controle de temperatura;
- f) Higiene Corporal;
- g) Aspiração do tubo endotraqueal e das vias aéreas superiores.

A grande variabilidade de medidas terapêuticas adotadas nos diferentes serviços dificulta a utilização das melhores práticas relacionadas à manutenção do doador falecido, ocasionando assim limitações no número de doações e da qualidade dos órgãos transplantados.

Para isso, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2011), lançou mão de um guia com diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador falecido, cujo objetivo é nortear e uniformizar os cuidados prestados ao doador falecido, buscando incrementar quantitativamente e qualitativamente o transplante de órgãos com medidas aplicáveis à realidade brasileira.

3.2.3 Diagnóstico de Morte Encefálica

O conceito de morte encefálica surgiu na França, em 1959. No início daquele ano um grupo de neurocirurgiões franceses descreveu uma condição que eles denominaram de morte do SNC. As características desse estado eram coma apnéico persistente, ausência de reflexos do tronco encefálico, reflexos tendinosos associados e um cérebro eletricamente silencioso (LAMB, 2000).

Em 1968, o “*ad hoc*” Committee of the Harvard Medical School examinou a definição de morte encefálica e publicou o conceito que alcançou reconhecimento mundial. Os quatro critérios de Harvard para morte encefálica eram: ausência de responsividade cerebral; ausência de movimentos induzidos ou espontâneos; ausência de respiração espontânea; ausência de reflexos tendinosos profundos e aqueles associados ao tronco encefálico. Um eletroencefalograma (EEG) isoeletrico foi julgado de “grande valor confirmatório”, mas a realização de um EEG não foi considerada mandatória.

A identificação dos pacientes com Glasgow de 3, ou seja, sem abertura ocular, sem qualquer resposta motora e sem resposta verbal, possibilita, respeitadas as determinações da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480/97, a realização de exame clínico para investigação de ME, cujos critérios estabelecidos para o diagnóstico atualmente aceitos são: causa conhecida do coma; causas do coma que devem ser excluídas durante o exame: hipotermia e uso de drogas depressoras do SNC; elementos do exame neurológico: coma aperceptivo, pupilas fixas e arreativas, ausência de reflexo córneo-palpebral, oculocefálico, respostas às provas calóricas, reflexo de tosse e teste de apnéia (CFM,1997).

Além das duas provas clínicas protocolares e padronizadas em todo território nacional, é obrigatório à realização de um exame complementar que vai caracterizar de forma inequívoca: ausência de atividade eletrofisiológica; ou ausência de atividade metabólica; ou ausência de fluxo sanguíneo cerebral. Interessa para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente, a arreatividade supraespinal. Consequentemente, não afasta esse diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular) (OPO-HCFMUSP, 2009).

Qualquer médico pode realizar os exames neurológicos de morte encefálica, sendo que pelo menos um desses exames deve ser realizado, preferencialmente, por um neurologista ou neurocirurgião. Além dos exames clínicos é necessária a realização de um exame gráfico. Após a confirmação, deve ser feito o registro em impresso próprio, que é padronizado para todo o território nacional (Termo de Declaração de Morte Encefálica), conforme modelo estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

A morte encefálica, mesmo sendo aceita como a morte do indivíduo pela comunidade científica mundial, ainda é pouco compreendida pela população que tem dificuldade em reconhecer que uma pessoa que apresenta batimentos cardíacos e está quente possa estar morta. O desconhecimento e a não aceitação dessa condição é compreensível, uma vez que, culturalmente, a morte é definida como a parada de todas as funções do corpo. O conceito de morte encefálica encontra resistência não só na população, mas também, entre os profissionais de saúde que assistem o potencial doador e representa um obstáculo na aceitação da doação dos órgãos por uma boa parte das famílias. Entender e aceitar a morte encefálica como morte, por parte de profissionais de saúde e população, é fundamental para o processo de doação. O valor legal do diagnóstico de morte por critério neurológico é o mesmo do diagnóstico de morte por critério cardiorrespiratório (OPO-HCFMUSP, 2009).

A hora do óbito constante na declaração de óbito do paciente com diagnóstico de morte encefálica é a hora que terminou o protocolo, independente da hora em que o coração parou de bater.

3.2.4 Entrevista Familiar

A entrevista familiar é definida como sendo uma reunião entre os familiares do potencial doador e um ou mais profissionais da Organização de Procura de Órgãos (OPO) ou da CIHDOTT, a fim de obter o consentimento para a doação dos órgãos e tecidos. Atualmente, a família é quem autoriza a doação dos órgãos e tecidos para transplante (OPO-HCFMUSP, 2009).

A Lei nº 10.211, publicada em 23 de março de 2001, definiu o consentimento informado como forma de manifestação à doação; 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 à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

A entrevista familiar é um dos momentos mais delicados no processo de doação e transplante. Solicitar a doação dos órgãos a um familiar que acabou de perder um ente querido é um ato difícil e requer preparo por parte do entrevistador. A entrevista deve ser realizada em um local apropriado, longe da presença do doador; com todo o conforto possível, onde a família se sinta segura e acolhida. É, também, uma das etapas de maior complexidade no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, envolvendo aspectos éticos, legais e emocionais. A entrevista requer preparo por parte do profissional da captação, para elucidar dúvidas, compartilhar sentimentos e viabilizar o processo de doação (OPO-HCFMUSP, 2009).

Assim, a família emerge como um elemento central nesse processo; de um lado, ela é vista como o principal entrave à efetivação dos transplantes, de outro, ela é percebida como a vítima em todo o processo, crescendo-se a dor da perda brusca e traumática e o grande estresse que representa a decisão de doar. Para que a família possa tomar uma decisão sobre a doação dos órgãos e tecidos de forma coerente e autônoma, faz-se necessário, além da informação, o esclarecimento de todo o processo de doação e suas implicações. O consentimento livre e esclarecido é um processo compartilhado, de troca de informações e consenso mútuo (OPO-HCFMUSP, 2009).

Comumente, as pessoas não têm a informação de que precisam para tomar a decisão sobre a doação de órgãos ou não têm a compreensão clara do processo de doação, o que aumenta a chance de recusa por parte dos familiares. É nesse contexto de falta de informação da população em relação à doação de órgãos que a solicitação é realizada. As informações devem ser passadas de forma clara e objetiva e, em seguida, o entrevistador apresenta a possibilidade da doação dos órgãos para transplante. A família pode se manifestar de imediato, ou pedir um tempo para pensar, ou consultar outras pessoas do convívio do doador. Quando a família é contrária à doação, os motivos de recusa são apresentados ao profissional da CIHDOTT e o caso é encerrado junto a CNCDO (OPO-HCFMUSP, 2009).

3.2.5 Extração de órgãos e tecidos

A retirada dos órgãos e/ou tecidos é realizada a maior parte das vezes em centro cirúrgico (CC), respeitando-se as técnicas de assepsia, salvo quando se trata de enucleação ocular ou retirada das córneas, que pode ser realizado na UTI. O doador com diagnóstico de morte encefálica pode doar órgãos e tecidos como: coração, pulmões, fígado, pâncreas, rins, valvas do coração, olhos, pele, ossos, tendões, cartilagem veias e artérias. Para que a cirurgia de captação de órgãos e tecidos seja realizada é necessário um centro cirúrgico bem equipado. A captação de globos oculares, à exceção dos demais órgãos e tecidos, não necessita de centro cirúrgico (ABTO, 2011).

3.2.6 Liberação do corpo do doador de órgãos e tecidos

Com base na Lei nº 9.434/97, o corpo do doador falecido deve ser entregue à família condignamente recomposto. O profissional da CIHDOTT deve respeitar esse compromisso com rigor. Além disso, são dadas todas as orientações necessárias sobre a liberação do corpo do falecido nos serviços de Liberação Policial, Instituto Médico Legal (IML), nos casos de morte violenta e Serviço de Verificação de Óbito (SVO), nos casos de óbito de causa bem definida (ABTO, 2011).

3.3 Enfermagem no processo de doação de órgãos

O envolvimento do enfermeiro no processo de doação de órgão não deve se restringir as atividades relacionadas à assistência, cuidado e manutenção do potencial doador, mas sim

objetivar a organização e aperfeiçoamento da doação e da captação (BATISTA; PIRES, 2010).

A assistência em enfermagem envolve emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo e raiva, sendo indispensável um preparo do profissional para lidar com eventuais os conflitos que possam surgir. Diante dessa realidade verifica-se que o enfermeiro é peça fundamental para que se tenha tanto a identificação do possível doador de órgãos quanto à efetivação da doação. Por conta disso, seu papel profissional está conquistando cada vez mais espaço de uma maneira responsável, ética e eficiente (HUSM, 2011).

Para tal finalidade é imprescindível que esse profissional seja treinado e capacitado e esteja apto a conhecer todas as formalidades legais envolvidas no processo, que vai desde o conhecimento sobre direitos humanos, ética e legislação, não esquecendo os aspectos culturais, psicológicos e religiosos que tangem tanto o potencial doador quanto a sua família. Saiba orientar e repassar as informações relativas a cada etapa do processo, bem como encontrar-se apto a reconhecer precocemente complicações advindas da ME, e junto com a equipe médica, possa conduzir de maneira adequada às medidas terapêuticas necessárias para estabilizar as funções hemodinâmicas do potencial doador antes da retirada dos órgãos (GUETTI E MARQUES, 2008).

O enfermeiro de UTI precisa estar habilitado a exercer atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança respaldada no conhecimento científico para que este possa conduzir o atendimento do paciente com segurança. Para tal, o treinamento deste profissional é imprescindível para o alcance do resultado esperado.

De acordo com Gratton (2000) a tecnologia pode ser copiada; assim, o grande diferencial no mercado competitivo são as pessoas. Desta forma o preparo adequado do profissional constitui um importante instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado na UTI. Para isso o enfermeiro de UTI precisa pensar criticamente avaliando os problemas e encontrando soluções para os mesmos, assegurando sempre sua prática dentro dos princípios éticos e bioéticos da profissão. Compete ainda a este profissional avaliar, sistematizar e decidir sobre o uso apropriado de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado ao paciente de terapia intensiva, visando o trabalho em equipe, a eficácia e custo-efetividade. No que se refere à educação o enfermeiro de Terapia intensiva, deve ter um compromisso contínuo com seu próprio desenvolvimento profissional, sendo capaz de atuar nos processos educativos dos profissionais da equipe de saúde, em situações de trabalho, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os profissionais, responsabilizando-se ainda pelo processo de educação em saúde dos indivíduos e familiares sob seu cuidado, reconhecendo o contexto de vida e os hábitos sócio-econômico e cultural

destes, contribuindo com a qualificação da prática profissional, construindo novos hábitos e desmistificando os conceitos inadequados atribuídos a UTI.

Nesse sentido, a Resolução COFEN 292/2004, delibera que a assistência de enfermagem prestada ao doador de órgãos tem como objetivo a viabilização dos órgãos para transplante bem como a necessidade de permanência do doador em unidade de terapia intensiva, até a retirada dos órgãos, sendo que a assistência de enfermagem deve atender as necessidades fisiológicas básicas do potencial doador, dentre todos os cuidados. Cabendo ainda ao enfermeiro, a incumbência de aplicar a SAE em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pós-transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar). Sendo o enfermeiro responsável por planejar, executar, coordenar, supervisionar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos (COFEN, 2004).

Ao desenvolver um papel técnico e ativo, o enfermeiro passou a ser o norteador da população de potenciais doadores e receptores de órgãos, orientando e multiplicando informações, de modo a tornar o transplante uma experiência menos dolorosa para ambos, profissionais e familiares (MAGALHÃES; MAGALHÃES; RAMOS, 2007).

O enfermeiro é o profissional que está mais próximo do paciente e da família; devido a esse fator, é necessário que ele seja compreensivo e cordial, proporcionando uma relação mais humana frente às angústias da família. Portanto, o profissional deve ser claro e sensível, oferecendo a doação como uma opção e não como uma obrigação, informando a possibilidade de proporcionar esperança e expectativa de vida para outra pessoa, deixando claro que os familiares devem se sentir livres para aceitá-la ou não.

O bom relacionamento entre profissionais da saúde e familiares é algo fundamental para que se alcance êxito no processo de doação de órgãos, já que a decisão familiar é o momento mais delicado do processo de doação de órgãos, não devendo o enfermeiro interferir, mas sim, respeitar qualquer que seja a decisão família (FUHR, 2006).

3.4 A realidade dos transplantes de órgãos em Santa Catarina

O estado de Santa Catarina alcançou 25 doadores efetivos por milhão de habitantes, sendo esse o melhor resultado já alcançado por um Estado Brasileiro. Esse resultado depende de estímulos dos setores públicos locais, como o governo estadual, na solução de uma sequência de pequenos entraves na logística do processo de identificação do doador até a realização dos transplantes, que também depende de relação harmônica entre as equipes e

uma coordenação muito empenhada e motivada (ABTO, 2011).

Como prova de todo esse empenho e dedicação de uma equipe que atua em todos os pontos do Estado, Santa Catarina terminou o ano de 2011 e iniciou o primeiro trimestre de 2012 como o Estado que obteve o melhor índice de doadores efetivos de órgãos por milhão de população (p.m.p), ocupando novamente a liderança brasileira e atingindo uma marca histórica no Brasil, sendo o primeiro a ultrapassar os 25 doadores p.m.p. Os dados são do Registro Brasileiro de Transplantes, que é uma publicação da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (Anexo A e B), outros dados que ilustram claramente a situação no nosso estado são os fornecidos pela CNCDO/SC, é possível encontrar nos dados estatísticos os números de notificações por estabelecimento de saúde no Estado de Santa Catarina no ano de 2011 (Anexo C).

Segundo a ABTO (2012), o número de negativas em Santa Catarina é baixo exatamente pela preparação em todo o processo. O Estado tem 46 equipes que trabalham com transplante, uma central e três Organizações de Procura de Órgãos, além de investir na preparação dos profissionais que trabalham diretamente na abordagem da família e no acompanhamento do potencial doador.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa.

O processo descritivo tem como finalidade a identificação, registro e análise das características que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendido com um estudo de caso, onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação do efeito resultantes em um determinado local. A pesquisa exploratória visa estabelecer critérios, métodos e técnicas para elaboração de uma pesquisa e tende a oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses. Em estudos transversais coletam-se simultaneamente, de um grupo ou população de indivíduos, informações sobre uma variedade de características que são posteriormente cruzadas em tabelas de contingência. E as pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados (questionários). São utilizados quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa. Permitem que se realizem projeções para a população representada. Elas testam, de forma precisa, as hipóteses levantadas para a pesquisa e fornecem índices que podem ser comparados com outros (MORESI, 2003).

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais do Estado de Santa Catarina que tiveram notificação e doações de órgãos efetivadas no ano de 2011 (Anexo C).

4.3 Sujeitos da pesquisa

A população do estudo é constituída por enfermeiros que trabalham em UTI no Estado de Santa Catarina. Amostra do tipo intencional, não probabilística e teve como critérios de inclusão no estudo enfermeiros que atuam há pelo menos um ano e seis meses em UTI em um dos hospitais do Estado de Santa Catarina que tiveram notificação e doação de órgãos, efetivadas no ano de 2011.

Encaminhamos o e-mail convite (Apêndice A) para 50 enfermeiros atuantes nas UTIs que tiveram notificação e doação de órgãos no ano de 2011, juntamente com o *link* da

pesquisa contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e o questionário (Apêndice C). Desses 50 *e-mails*, obtivemos resposta de 30 enfermeiros.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada eletronicamente, por meio de um questionário aplicado com o auxílio da ferramenta *Survey Monkey*® (<http://www.surveymonkey.com>) cujo *link* para preenchimento foi enviado por *e-mail* aos enfermeiros que aceitaram participar do estudo.

O questionário foi composto por 31 questões fechadas, com campos para informação de dados demográficos (10 questões) e 21 questões com 04 opções de resposta de múltipla escolha (A, B, C e D), no qual a alternativa de letra “D” continha a opção “Desconheço”, favorecendo que o participante não assinalasse a questão sem ter certeza da resposta. Estas questões foram divididas de acordo com o momento do processo de doação de órgãos. Desta forma, contemplou as fases: Identificação do potencial doador (4 questões), manutenção do potencial doador de órgãos (4 questões), diagnóstico de morte encefálica (4 questões), entrevista familiar (4 questões), extração de órgãos (3 questões), liberação do corpo do doador de órgãos (2 questões).

Após o preenchimento do questionário as respostas foram direcionadas automaticamente ao aplicativo de forma anônima; todas as questões e o TCLE eram de preenchimento obrigatório, impossibilitando o envio do questionário parcialmente preenchido.

4.5 Aspectos éticos

Considerando as dimensões éticas envolvidas nesse processo, e respeitando o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a coleta de dados, que representa o início da pesquisa, foi precedida pela leitura e preenchimento do TCLE, que manifesta a aceitação dos sujeitos quanto à sua participação.

O TCLE 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).

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP), protocolo nº 134.873 (Anexo D), entramos em contato telefônico com os coordenadores das CIHDOTTs dos hospitais previamente selecionados, apresentando os objetivos do estudo. Posteriormente, estes coordenadores fizeram contato com os enfermeiros das UTIs que atendiam aos critérios de inclusão, para que caso demonstrassem interesse em participar do estudo, fornecessem seus respectivos *e-mails* para contato e envio do *e-mail* convite, do TCLE e do *link* para preenchimento do formulário *online*, realizado por meio do aplicativo coletor de resposta via *web* disponível na internet *Survey Monkey*®. Mantendo o anonimato dos participantes do estudo, bem como a não identificação do hospital em que trabalham.

4.6 Organização e análise dos dados

O objetivo da análise de dados é distribuir e organizar os dados obtidos durante a coleta de dados de modo que os temas e interpretações que emergem do processo estejam voltados para o problema de pesquisa original (TUTTY, ROTHERY, GRINNELL, 1996). Os dados obtidos dos questionários relacionados ao conhecimento dos enfermeiros de UTI foram analisados por meio de análise estatística descritiva, que é um método de apresentar a descrição quantitativa de modo que possa auxiliar o pesquisador a descrever e sumarizar a distribuição de variáveis (MOUTON, 2001). De acordo com Fox, Bayat (2007), a estatística descritiva refere-se a métodos e técnicas estatísticas que são projetadas para reduzir os dados que foram coletados para tornar a interpretação mais fácil e assim pode ser definida como a coleta, organização, apresentação e análise dos dados.

As respostas obtidas nos questionários foram direcionadas para um banco de dados e analisadas de forma anônima utilizando o aplicativo *Survey Monkey*®. Os resultados obtidos e registrados nos questionários foram inseridos em planilha do software Excel 2007®.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme deliberado pelo colegiado da 8ª fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, o capítulo de resultados e discussão do relatório da pesquisa desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso, é a apresentação de um artigo. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas. O artigo elaborado apresenta-se a seguir.

Conhecimento dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos¹

Knowledge of nurses in the intensive care unit on the process of organ donation

El conocimiento de las enfermeras en la unidad de cuidados intensivos en el proceso de donación de órganos

Dinelsa Mara da Silva², Grazielle Telles³, Sayonara de Fatima Faria Barbosa⁴

Resumo: Pesquisa com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal e de abordagem quantitativa, desenvolvido em Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais do Estado de Santa Catarina, que tiveram notificação e doações de órgãos efetivadas no ano de 2011. Participaram da pesquisa 30 enfermeiros. A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário com 31 questões como: identificação, tempo e local de trabalho, conhecimento técnico e aspectos legais. As questões foram divididas em 06 etapas do processo de doação de órgãos, sendo obtidos os seguintes percentuais de acerto em cada etapa: Identificação do potencial doador (94,16%), manutenção do potencial doador de órgãos (80%), diagnóstico de morte encefálica (87,5%), entrevista familiar (63,3%), extração de órgãos (72,2%), liberação do corpo do doador de órgãos (71,6%). Na etapa da entrevista familiar foi identificado o maior déficit de conhecimento. Avaliamos que a concretização de um estudo com esta característica aponta a necessidade de ampliação de seu escopo, de modo que possa ser identificado, com maior abrangência, o nível de conhecimento dos enfermeiros atuantes nesta unidade, para que iniciativas de formação continuada sejam desenvolvidas de forma mais pontual, e assim contribuam para uma crescente melhoria no processo de doação-transplante.

Descritores: Doação dirigida de tecidos, Transplante de órgãos, Enfermagem, Conhecimento.

Abstract: Research with the aim to evaluate knowledge level of intensive care nurses on the organ donation process. This is a descriptive and exploratory, cross-sectional quantitative study, developed in Intensive Care Units of hospitals in the state of Santa Catarina, which had organ donation notifications during the year of 2011. Participants were 30 nurses. The evaluation was conducted through a questionnaire with 31 questions as: identification, time and place of work, technical knowledge and legal aspects. The questions were divided in 06 stages of organ donation, and obtained the following percentages of correct answers in each step: Identification of potential donors (94.16%), maintenance of potential organ donors (80%), diagnosis of death brain (87.5%), family interview (63.3%), organs extraction (72.2%), release of the body's organ donor (71.6%). At the family interview stage was

¹ Artigo elaborado a partir da monografia **Conhecimento dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos** apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis-SC, Brasil. 2012.

² Acadêmica da 8ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email : dinelsamara@hotmail.com

³ Acadêmica da 8ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email : grazetelles@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: sayonara@ccs.ufsc.br

identified knowledge deficit. We assess that the completion of a study with this feature indicates the need to broaden its scope, so that it can be identified with greater coverage, the nível of knowledge of nurses working in this unit, for continuing education initiatives that may be developed more timely, and thus contribute to a growing improvement in the transplantation-donation process.

Descriptors: Directed Tissue Donation, Organ donation, Nursing, Knowledge.

Resumen: Investigación destinada a evaluar el nivel de conocimiento de las enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados intensivos en el proceso de donación de órganos. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, transversal con enfoque cuantitativo, desarrollado en las Unidades de Cuidados Intensivos de hospitales en el estado de Santa Catarina, que se conoció la donación de órganos vigor en el año de 2011. Los participantes fueron 30 enfermeras. La evaluación se realizó a través de un cuestionario con 31 preguntas como: identificación, hora y lugar de trabajo, conocimientos técnicos y los aspectos legales. Las preguntas se dividieron en 06 etapas de la donación de órganos, y se obtuvieron los siguientes porcentajes de respuestas correctas en cada paso: Identificación de los posibles donantes (94.16%), el mantenimiento de potenciales donantes de órganos (80%), diagnóstico de muerte cerebral (87,5%), entrevista familiar (63,3%), la extracción de órganos (72,2%), la liberación de donante de órganos del cuerpo (71,6%). En la etapa de entrevista de la familia se identificó la mayor déficit de conocimiento. Evaluamos que la realización de un estudio con esta característica indica la necesidad de ampliar su ámbito de aplicación, de manera que se pueda identificar con mayor cobertura, el nivel de conocimiento de las enfermeras que trabajan en esta unidad, para continuar con las iniciativas educativas que se desarrollan en más oportuna, y contribuir así a una mejora creciente en el proceso de donación-trasplante.

Descritores: Donación directa de tejido; Trasplante de órganos, Enfermería, Conocimiento.

INTRODUÇÃO

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (ABTO, 2011) no ano de 2011 o Brasil atingiu a marca de 23.397 transplantes, tornando-se o maior sistema público de transplantes do mundo superando a meta de 10 doadores/milhão de população, destacando que o estado de Santa Catarina (SC) alcançou 25 doadores efetivos por milhão de habitantes, sendo esse o melhor resultado já alcançado por um estado brasileiro. Espera-se que em 2015 a meta nacional atingida seja de 15 doadores/milhão de população.

Atualmente, o transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida. Mesmo assim, a desproporção crescente do número de pacientes em lista de espera versus o número de transplantes é um fato inquestionável, em que, dentre os fatores limitantes, está a não notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica (ME) às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Embora seja obrigatoriedade prevista em lei, existe a falta de política de educação continuada aos profissionais da saúde voltadas para o processo de doação-transplante, que por consequência

do conhecimento insuficiente desta temática, pode contribuir para a recusa familiar, assim diminuindo as taxas de doação de órgãos.

O cumprimento de todas as etapas de doação é primordial para o êxito e efetiva realização do transplante. Possibilita uma melhor qualidade dos órgãos, além de evitar inadequações que possam gerar questionamentos por parte dos familiares o que pode acarretar um favorecimento a recusa de doação dos órgãos. Para isso é necessário que a família participe e acompanhe ativamente, evidenciando a transparência do mesmo (ABTO, 2011).

A enfermagem, por meio das práticas assistenciais e da produção de conhecimento científico, tem trazido as suas contribuições para o processo de construção de uma assistência voltada cada vez mais para a busca da qualidade em um âmbito geral e humanizado, no atendimento ao paciente (VENTURA; PAULETTI, 2010). É evidente, que os enfermeiros têm um papel essencial nesse processo e que os mesmos não podem fugir do compromisso de buscar qualificação profissional que atenda a demanda de cuidados. Dadas estas considerações, o presente estudo tem por objetivo avaliar o grau de conhecimento dos enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa. Realizado durante a oitava fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Foram sujeitos do estudo os enfermeiros que atuavam há pelo menos um ano e seis meses em Unidade de Terapia Intensiva em um dos hospitais do Estado de Santa Catarina que tiveram notificação e doação de órgãos, efetivadas no ano de 2011 conforme dados da SC Transplantes⁵ e que concordassem em participar do estudo com o preenchimento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estes enfermeiros foram identificados a partir de contato telefônico com as chefias das UTIs, quando foi explicado o objetivo da pesquisa, e solicitados o *e-mail* pessoal dos enfermeiros atuantes nas respectivas unidades.

Foram encaminhados *e-mails* para 50 enfermeiros; destes, 30 enfermeiros participaram como sujeitos do estudo. No e-mail encaminhamos o convite para participação do estudo, além do TCLE e o *link* para o questionário.

⁵ SC-Transplantes. CNCDO/SC: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>

A coleta de dados foi realizada eletronicamente, por meio de um questionário aplicado com o auxílio do aplicativo *Survey Monkey*®, disponível em https://www.surveymonkey.com/s/enfermagem_ufsc. O questionário foi composto por 31 questões fechadas, com campos para informação de dados demográficos (10 questões) e 21 questões com 04 opções de resposta de múltipla escolha (A, B, C e D), onde a alternativa de letra “D” continha a opção “Desconheço”, favorecendo que o participante não assinalasse a questão sem ter certeza da resposta. Estas questões foram divididas de acordo com o momento do processo de doação de órgãos. Desta forma, contemplou as fases: Identificação do potencial doador (4 questões), manutenção do potencial doador de órgãos (4 questões), diagnóstico de morte encefálica (4 questões), entrevista familiar (4 questões), extração de órgãos (3 questões), liberação do corpo do doador de órgãos (2 questões).

Após o preenchimento do questionário as respostas foram direcionadas automaticamente ao aplicativo de forma anônima; todas as questões e o TCLE eram de preenchimento obrigatório, impossibilitando o envio do questionário parcialmente preenchido.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de novembro de 2012. As respostas obtidas nos questionários foram direcionadas para um banco de dados e analisadas de forma anônima utilizando o aplicativo *Survey Monkey*®. Os resultados obtidos e registrados nos questionários foram inseridos em planilha do software Excel 2007®.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, conforme disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer de número 134.873.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra do estudo foi composta por 30 enfermeiros. Em relação aos seus dados sócio-demográficos (tabela 1), a maioria, ou seja, 25 (83,3%) são do sexo feminino. As faixas etárias entre 21 a 30 anos e 31 a 40 anos apresentaram o mesmo número de sujeitos 12 (40,0%), totalizando 24 (80,0%) da amostra. Quanto ao tempo de conclusão da graduação, 10 (33,3%) enfermeiros concluíram entre 1,5 a 5 anos e 18 (26,7%) entre 6 a 10 anos, apenas 3 (10,0%) tinham mais de 25 anos de formação. Um total de 23 (76,7%) dos entrevistados possuía título de pós-graduação em nível de especialização. Com relação ao tempo de trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI), grande parte dos sujeitos 14 (46,7%)

trabalham entre 1,5 a 5 anos, sendo este considerado o menor tempo, 9 (30,0%) trabalham entre 6 e 10 anos e apenas 1 (3,3%) trabalha há mais de 25 anos. Os dados indicam que os sujeitos do estudo embora sejam relativamente jovens, já possuem experiência profissional e são qualificados para a área de atuação. Entre os participantes do estudo, 14 (46,7%) afirmaram terem participação na Central Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos enfermeiros de UTIs em SC.

Características	n= (30)
Faixa etária	
21 a 30 anos	12 (40,0%)
31 a 40 anos	12 (40,0%)
41 a 50 anos	4 (13,3%)
Acima 51 anos	2 (6,7%)
Sexo	
Feminino	25 (83,3%)
Masculino	5 (16,7%)
Grau de escolaridade	
Especialização.	23 (76,7%)
Mestrado.	6 (20,0%)
Doutorado.	0 (0,0%)
Não possui pós-graduação.	1 (3,3%)
Tempo de conclusão da graduação	
1,5 a 5 anos.	10 (33,3%)
6 a 10 anos.	8 (26,7%)
11 a 15 anos.	5 (16,7%)
16 a 20 anos.	4 (13,3%)
21 a 25 anos.	0 (0,0%)
Mais de 25 anos.	3 (10,0%)
Tempo de experiência profissional na UTI	
1,5 a 5 anos.	14 (46,7%)
6 a 10 anos.	9 (30,0%)
11 a 15 anos.	3 (10,0%)
16 a 20 anos.	3 (10,0%)
21 a 25 anos.	0 (0,0%)
Mais de 25 anos.	1 (3,3%)
Participação na CIHDOTT	
Sim.	14 (46,7%)
Não.	16 (53,3%)

Em relação ao instrumento de coleta de dados, foram elaboradas questões que poderiam ser respondidas de forma pontual, de modo que possibilitasse a identificação de aspectos considerados relevantes para o cuidado ao potencial doador nas diferentes fases

desse processo. Pode-se afirmar que houve certo equilíbrio na distribuição do percentual de respostas corretas nas diferentes fases.

Identificação do Potencial Doador de Órgãos

A fase de identificação do potencial doador teve um percentual global de 94,16% de acerto. Em relação às questões relativas a esta fase, o questionamento da aparência das pupilas do paciente em morte encefálica teve um índice de acerto de 96,7%, índice que se repetiu na avaliação da pontuação da escala de coma de Glasgow do potencial doador. Em relação ao momento de notificação à CNCDO, 86,7% responderam corretamente; por último, ao serem questionados sobre qual o profissional deve notificar a existência de potencial doador, ocorreu um índice de acerto de 96,7%. (Tabela 2).

A resolução COFEN N° 292/2004 em seu artigo 1° diz que, ao Enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os Procedimentos de Enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos, além de notificar às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), a existência de potencial doador.

De acordo com D'Império (2009), as considerações sobre o potencial doador de órgãos devem começar precocemente em todo paciente em tratamento intensivo, pois no momento da morte encefálica há inversão de prioridades para a manutenção de órgãos para transplante a despeito da lesão neurológica, momento em que o conhecimento da fisiopatologia se faz essencial, sendo fundamental o contínuo envolvimento da equipe de terapia intensiva, pois isto pode refletir no resultado aos receptores.

Para que isto ocorra de maneira a não deixar dúvidas, impossibilitando a notificação, o enfermeiro deve estar convicto dos critérios de identificação do potencial doador. O estudo apontou um número elevado de acertos, possibilitando o entendimento de que os enfermeiros das unidades de terapia intensiva que participaram do estudo têm conhecimento suficiente para identificar o potencial doador de órgãos.

Tabela 2. Avaliação do grau de conhecimento relacionado à identificação do potencial doador.

Questões	n=(30)
Qual a aparência das pupilas de um Potencial Doador de Órgãos?	
Miose, fixas.	1 (3,3%)
Midríase, fotorreagentes.	0 (0,0%)
Midríase ou médias, fixas.	29 (96,7%)
Desconheço.	0 (0,0%)

Qual a pontuação da Escala de Coma de Glasgow de um paciente que seja Potencial Doador de Órgãos

Glasgow 6.	0 (0,0%)
Glasgow 3.	29 (96,7%)
Glasgow 8.	1 (3,3%)
Desconheço.	0 (0,0%)

Quando deve ser feita a notificação à CNCDO?

Após a confirmação do diagnóstico de Morte Encefálica.	4 (13,3%)
Após a entrevista familiar.	0 (0,0%)
Após identificar o potencial doador de órgãos.	26 (86,7%)
Desconheço.	0 (0,0%)

Quem deve notificar a existência de Potencial Doador para a CNCDO?

Somente o Médico Intensivista pode fazer a notificação.	0 (0,0%)
Somente o Enfermeiro pode fazer a notificação.	0 (0,0%)
Tanto o médico quanto o enfermeiro podem fazer a notificação.	29 (96,7%)
Desconheço.	1 (3,3%)

Total de acertos: 94,16%.

Manutenção do Potencial Doador de Órgãos

Na fase de manutenção do potencial doador, foi verificado um percentual global de 80% de acerto das questões. O distúrbio endócrino mais comum foi identificado de maneira correta por 76,7% dos sujeitos e a conduta indicada para manutenção da conservação das córneas por 86,7%. A indicação de antimicrobianos aos potenciais doadores que apresentarem infecções foi reconhecida por 73,3% sujeitos, e a recomendação de infusão endovenosa de soro fisiológico aquecido para manutenção da temperatura em pacientes hipotérmicos reconhecida por 83,3% dos sujeitos (Tabela 3).

Segundo Mendonça et al (2010), o cuidado inadequado ao potencial doador de órgãos pode representar um obstáculo à doação, ocasionando a perda do doador por parada cardíaca, como, também, os distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos que interferem na qualidade do transplante. O enfermeiro de terapia intensiva deve ser capacitado a reconhecer as alterações decorrentes da morte encefálica para que, junto com a equipe, possa conduzir de maneira adequada às medidas terapêuticas, pois quanto melhor a função orgânica antes da retirada, melhor deverá ser a evolução do transplantado.

Complementarmente, como proposto por Guetti e Marques (2008), a manutenção do potencial doador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, detecção

precoce e manuseio imediato das principais complicações advindas da ME para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis. Observamos que os enfermeiros apresentaram uma pontuação alta com relação ao conhecimento sobre este quesito, evidenciando que estão capacitados para prestar os cuidados necessários aos potenciais doadores durante a fase de manutenção.

Tabela 3. Avaliação do grau de conhecimento relacionado a manutenção do potencial doador.

Questões	n=(30)
Qual o distúrbio endócrino mais comum no paciente com ME?	
Diabetes Insipidus.	23 (76,7)
Dislipidemia.	2 (6,7%)
Diabetes Mellitus.	0 (0,0%)
Desconheço.	5 (16,7%)
Qual conduta é indicada para manter a conservação das córneas?	
Utilizar compressa morna umedecida com água destilada.	0 (0,0%)
Não é necessário nenhum tipo de intervenção.	3 (10%)
Manter as pálpebras fechadas, cobertas com compressa com gaze umedecida com Soro Fisiológico 0,9%.	26 (86,7%)
Desconheço.	1 (3,3%)
Com relação aos antimicrobianos:	
Não é necessário iniciar antibioticoterapia em potenciais doadores de órgãos.	5 (16%)
O uso de antibiótico é indicado aos potenciais doadores que apresentarem infecções.	22(73,3%)
O uso de antibiótico é indicado a todos os potenciais doadores de órgãos.	1 (3,3%)
Desconheço.	2 (6,7%)
Sobre a manutenção do potencial doador, qual a alternativa correta:	
É contraindicado o uso de drogas vasoativas para potenciais doadores de órgãos.	2 (6,7%)
O potencial doador não apresenta alterações significativas nos valores da pressão arterial.	1 (3,3%)
A infusão endovenosa de soro fisiológico aquecido é uma prática recomenda para os pacientes hipotérmicos.	25(83,3%)
Desconheço.	2 (6,7%)
Total de acertos: 80%.	

Diagnóstico de Morte Encefálica.

A fase de avaliação do diagnóstico de ME teve um percentual global de acertos de 87,5%; na identificação dos reflexos que estão ausentes e são indicativos de lesão irreversível

de tronco encefálico, foi obtida uma taxa de acerto de 76,7%, que se repetiu na identificação das funções cerebrais que estão ausentes. Em relação ao intervalo mínimo entre o 1º e o 2º exame clínico para identificação de ME em maiores de 2 anos, houve uma taxa de acerto de 90% e todos os sujeitos reconheceram que a radiografia cerebral não é um exame utilizado como prova gráfica para confirmação da morte encefálica (Tabela 4). Embora no presente estudo os enfermeiros tenham alcançado uma pontuação elevada em relação a fase de diagnóstico de ME, um estudo realizado por Silva et al (2010) detectou uma alta prevalência do desconhecimento entre os intensivistas entrevistados (médicos e enfermeiros) na definição de ME.

Com base nestes achados, compreendemos que a educação continuada e a utilização de condutas profissionais mais uniformes, devem ser adotadas a fim de adequar os conhecimentos, além do óbvio aumento do número de diagnósticos de ME.

Tabela 4. Avaliação do grau de conhecimento relacionado ao diagnóstico de morte encefálica.

Questões	n=(30)
Dentre os reflexos abaixo, quais estão ausentes e são indicativos de lesão irreversível de tronco encefálico?	
Pupilar, corneano, vestibulo calórico, óculo-cefálico e de tosse.	23(76,7%)
Vestibulo calórico, óculo-cefálico e de tosse.	0 (0,0%)
Pupilar, corneano e vestibulo calórico.	6 (20%)
Desconheço.	1 (3,3%)
Quais funções cerebrais devem estar ausentes para uma pessoa ser declarada em morte encefálica?	
Perda irreversível de toda a função cortical cerebral.	4 (13,3%)
Perda irreversível de toda a função cortical e de tronco cerebral.	25 (83,3%)
Variável conforme a lei.	0 (0,0%)
Desconheço.	1 (3,3%)
Qual o intervalo mínimo entre o 1º e o 2º exame clínico para confirmação de ME pacientes maiores de 2 anos?	
12 horas.	2 (6,7%)
8 horas.	0 (0,0%)
6 horas.	27 (90%)
Desconheço.	1 (3,3%)
Qual dos exames listados NÃO pode ser utilizado como prova gráfica para confirmação de ME?	
Angiografia Cerebral.	0 (0,0%)

Doppler Transcraniano.	0 (0,0%)
Radiografia Cerebral.	30 (100,0%)
Desconheço.	0 (0,0%)
<hr/>	
Total de acertos: 87,5%.	

Entrevista Familiar

A fase da entrevista familiar mostrou que há divergência em relação ao grau de conhecimento dos sujeitos e obteve os menores percentuais de acerto como um todo, com 63,3% de acerto. Em relação ao familiar que pode autorizar a doação de órgãos, 36,7% dos sujeitos responderam corretamente. O número de testemunhas presentes à verificação da morte que devem subscrever o documento que autoriza a doação foi respondido corretamente por 53,3% dos sujeitos. A decisão por parte da família dos órgãos a serem doados foi respondido de maneira correta por 76,7% dos sujeitos, e o membro da equipe que aborda a família para a solicitação de doação de órgãos e tecidos foi respondido de maneira correta por 86,7% dos sujeitos. (Tabela 5). Isto aponta a necessidade de treinamento adequado a estes profissionais, para que possam realizar uma abordagem adequada e eficaz, resultando em uma melhor aceitação por parte das famílias dos potenciais doadores e conseqüentemente propiciando um aumento no número de doações.

Segundo Moraes (2007), no processo de doação de órgãos a entrevista ou abordagem familiar é o método utilizado para abordar a família do potencial doador. Essa etapa se dá por meio de uma reunião entre profissionais devidamente qualificados, capacitados teoricamente, com domínio de todo o processo que envolve uma captação de órgão, além dos familiares do potencial doador que se encontram presentes e que manifestem interesse em participar da mesma. É nesse momento que é oferecido à família a possibilidade da doação, também pode ser o momento ideal, de proporcionar e promover caso seja necessário, acolhimento e esclarecimento acerca de todo o processo de doação e transplante.

De acordo com Reinheimer (2003), a entrevista familiar pode ser considerada o coração de todo o complexo processo de doação de órgãos, por ocorrer em um momento de muita fragilidade da família decorrente da constatação da morte de seu ente, cujo acontecimento se deu há poucos minutos ou horas.

Com base nesses fatos, é indispensável que todos os profissionais envolvidos no processo doação-transplante, principalmente aqueles que atuam ou são responsáveis em participar dessa etapa, possuam além das capacidades destacadas anteriormente, outras competências que propiciam o melhor relacionamento interpessoal entre o profissional e a

família. Competências como: empatia, afetividade e principalmente superação de seus próprios conflitos a respeito tanto do processo morte e morrer como da doação e transplantes, ou seja, ele deve acreditar no processo doação-transplante.

Muitas vezes o desfecho final da entrevista familiar, pode resultar em algo inesperado, como uma negativa para a doação de órgãos. Mas o mais importante neste momento é aceitar a autonomia da família respeitando sua decisão, sem deixar de suprir suas necessidades e principalmente de realizar uma ação ética condizente com nossa ética profissional.

Tabela 5. Avaliação do grau de conhecimento relacionado a entrevista familiar.

Questões	n=(30)
Quem pode autorizar a doação de órgãos?	
Parentes maiores, somente de primeiro grau.	6 (20%)
Parentes maiores, na linha reta ou colateral, inclusive até o segundo grau, ou do cônjuge.	11 (36,7%)
Apenas pai, mãe, filhos e cônjuges.	12 (40%)
Desconheço.	1 (3,3%)
Além dos familiares, quantas testemunhas presentes à verificação da morte devem subscrever o documento que autoriza a doação?	
Uma.	3 (10%)
Duas.	16 (53,3%)
Três.	0 (0,0%)
Desconheço.	11 (36,7%)
A família pode decidir quais órgãos poderão ser doados?	
Sim.	23 (76,7%)
Não.	1 (3,3%)
Depende do caso.	3 (10%)
Desconheço.	3 (10%)
Quem faz a abordagem da família para a solicitação de doação de órgãos?	
Membro da coordenação intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante.	26 (86,7%)
O médico ou enfermeiro responsável pelo paciente no turno	4 (13,3%)
O Serviço Social.	0 (0,0%)
Desconheço.	0 (0,0%)
Total de acertos: 63,3%.	

Extração de Órgãos

Foi identificado um percentual de 72,2% de acertos das questões da fase de extração de órgãos; 23 (76,7%) dos profissionais sabem que a extração de córneas nos doadores mantidos fora de conservadora, deve ser feita em até 6 horas após a parada cardíaca. Os órgãos que têm o menor tempo de isquemia fria foram apontados corretamente como sendo o coração e o pulmão por 17 (56,7%) dos profissionais. A pesquisa apontou que 25 (83,3%) dos enfermeiros sabem que a responsabilidade de distribuição dos órgãos captados é da Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO).

Embora a extração dos órgãos ocorra no CC, se faz necessário que o enfermeiro de terapia intensiva conheça as alterações fisiológicas decorrentes da ME, para que, junto com a equipe médica, possa conduzir o manuseio adequado do potencial doador até a extração dos órgãos.

Com base nisso, a Resolução COFEN 292/2004, delibera que a assistência de enfermagem prestada ao doador de órgãos objetiva a viabilização dos órgãos para transplante bem como sua permanência em unidade de terapia intensiva, até a retirada dos órgãos. Sendo assim, é necessário que a assistência de enfermagem atenda as necessidades fisiológicas básicas do potencial doador, promovendo, concomitantemente uma adequada manutenção hemodinâmica favorecendo qualidade do órgão que será retirado (COFEN, 2004).

Outro ponto relevante nessa etapa do processo está muitas vezes relacionado com a demora do encaminhamento do potencial doador ao CC e a efetiva retirada dos órgãos, isso faz com que haja sofrimento e incômodo para a família e associada à falta de atenção por parte da equipe multidisciplinar, desestimula o processo de doação (SADALA, 2001).

Liberação do Corpo do Doador de Órgãos

A fase de liberação do corpo do doador de órgãos teve 71,6% de suas questões respondidas corretamente. Em relação à liberação do corpo do doador de órgãos, a legislação prevê que o corpo deve ser entregue condignamente recomposto para a família (BRASIL, 2001), e 29 (96,7%) dos sujeitos responderam de forma correta este questionamento. A questão em que encontramos maior número de erros foi a referente ao horário legal do óbito, pois 16 (53,3%) dos enfermeiros apontaram como sendo após o laudo do exame gráfico positivo para ME. No entanto, a alternativa correta era a que dizia que o horário legal do óbito

é após o último exame positivo para ME, a qual foi respondida corretamente por 14 (46,7%) dos sujeitos. Este alto número de respostas incorretas pode ter sido ocasionada pelo fato de na maioria das vezes o exame gráfico ser o último realizado.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo feito por Silva et al (2010) no qual, identificou uma alta prevalência de equívoco na definição da hora do óbito do doador em ME. Apesar de parecer uma dúvida corriqueira, além de incorreta, pode comprometer todo o processo de captação de órgãos (BRASIL, 1997).

Como forma de padronizar e estabelecer as condutas corretas a ser seguida, a Lei nº 9.434/97, define que, a liberação do corpo deve ocorrer imediatamente após a retirada dos órgãos e tecidos, esse por sua vez deve ser entregue à família condignamente recomposto para o sepultamento.

Muitas vezes, as informações e prazos sobre o tempo para a liberação do corpo são imprecisas ou incorretas, o longo tempo, os trâmites e as informações contraditórias no processo de liberação do corpo causam transtornos e incomodam os familiares. Tornando o atraso na liberação do corpo um dos momentos mais angustiantes e estressantes de todo o processo de doação de órgão, o que, conseqüentemente gera uma sensação de impotência, diante ao ato de esperar deixando a família angustiada.

Em estudo realizado por Cinque e Bianchi (2010) que visou identificar os principais estressores vivenciados pelos familiares de doação de órgãos e tecidos para transplantes, foi verificado que a demora para a liberação do corpo foi o momento mais desgastante do processo.

Embora a liberação do corpo do doador de órgãos para os familiares seja a última fase do processo, é importante salientar como defende Roza (2005), que precisamos acompanhar as famílias durante o processo até a entrega do corpo, por caracterizar uma situação ética de defesa de seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de doação de órgãos e tecidos é complexo, e requer uma grande intensidade de trabalho por parte da equipe de enfermagem. É necessário um conhecimento específico que pode ser obtido no seu cotidiano de trabalho, entretanto, torna imprescindível o comprometimento institucional e governamental, o que vem acontecendo por meio das CNCDOs. Além disso, é necessário um comprometimento contínuo não apenas por parte das

instituições, mas também do engajamento dos profissionais em terapia intensiva, que devem estar alertas para a sua necessidade de formação permanente.

O Brasil tem despontado nos últimos anos como um país com grande potencial para elevação do número de transplantes de órgãos, que só podem ser realizados a partir de um número adequado de doadores. Estes doadores em grande parte das vezes encontram-se nas unidades de terapia intensiva, porém o diagnóstico de ME nem sempre é notificados às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos; apesar de sua obrigatoriedade prevista em lei, a falta de política de educação continuada aos profissionais da saúde quanto ao processo de doação-transplante e todos os desdobramentos decorrentes do não conhecimento certamente é um fator limitante para o aumento do número de doadores.

A concretização de um estudo com esta característica aponta a necessidade de ampliação de seu escopo, de modo que possam ser identificadas com maior abrangência o grau de conhecimento dos enfermeiros atuantes nesta unidade, para que iniciativas de formação continuada sejam desenvolvidas de forma mais pontual e assim contribuam para uma crescente melhoria no processo de doação-transplantes.

REFERÊNCIAS

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, 2011.

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.

_____. 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.

CINQUE, Valdir Moreira; BIAINCHI, Estela Regina Ferraz. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Esc. Enferm. USP**;44(4):996-1002, dez. 2010. graf, tab.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução nº 292, de 7 de junho de 2004 – **Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>. Acesso em: 27 nov. 2012.

D'IMPÉRIO, Fernando. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Rev. bras. ter. Intensiva** [serial on line] 2007 Jan-Mar vol.19, n.1, pp. 74-84 .

GUETTI, Nancy Ramos; MARQUES, Isaac Rosa. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica . Rev. bras. enferm;61(1):91-97, jan.-fev. 2008

MENDONÇA, Alessandra Santana; CASTRO, Dayana Clênia; BRASILEIRO, Marislei Espíndola. Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2010 jan-jul 1(1):1-15. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>.

MORAES, Edvaldo L. **A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. São Paulo, 2007.

REINHEIMER, Loreni C. Introdução à entrevista familiar. In: **Manual de Captação de Órgãos e Tecidos**. Ed. São Miguel, Caxias do Sul – RS, 2003.

ROZA, Bartira de Aguiar. **Efeitos do Processo de Doação de Órgãos e Tecidos em Familiares: Intencionalidade de uma Nova Doação**. [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 2005. 146, p

SADALA, Maria L. A. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. **J Bras. Nefrol.** 23(3):143-151, set. 2001.

SILVA, Juanito Rubenito Florentino; SILVA, Maiara Honorato de Moura; RAMOS Vânia Pinheiro. **Familiaridade dos profissionais de saúde sobre os critérios de diagnósticos de morte encefálica**. Enfermagem em Foco. 1(3):102-107. 2010

VENTURA Simone Sleimon Costa, PAULETTI Juliana. **Pneumonia associada à ventilação (PAVM) em uma UTI pediátrica**: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Ciências Médicas e da Saúde, 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO RELATÓRIO

A realização deste Trabalho de Conclusão de Curso durante nosso estágio em uma Unidade de Terapia Intensiva ocorreu por nos favorecer o relacionamento com os sujeitos de nossa pesquisa, bem como por nos propiciar a oportunidade de acompanhar o processo de doação de órgãos, além de ser um campo rico para aperfeiçoar habilidades de cunho teórico e prático simultaneamente.

A realização deste estudo nos permitiu a vivência de todas as etapas envolvidas em uma pesquisa. A escolha do tema surgiu pela nossa necessidade pessoal em conhecer e estudar as etapas envolvidas no processo de doação de órgãos, visto que este assunto não foi abordado durante o curso de graduação. Tivemos a oportunidade de participar de um processo de doação de órgãos, desde a identificação do potencial doador até a entrevista familiar.

A amostra obtida de 30 sujeitos foi significativa para a análise desse estudo, o que nos permitiu avaliar o grau de conhecimento dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos, bem como refletirmos sobre seus resultados.

Identificamos que a maioria dos enfermeiros são relativamente jovens, e muitos devem ter iniciado suas atividades profissionais diretamente na assistência de enfermagem de alta complexidade. É difícil dizer se esse fato influencia ou não na qualidade da assistência bem como na execução das demais etapas do processo de doação. Mais o que vale ressaltar, é que deveria haver maior abordagem do tema durante a atividade acadêmica, pois assim os profissionais chegariam ao mercado de trabalho, com uma maior aptidão para desempenhar as atividades inerentes neste nível de complexidade de assistência a saúde.

O grau de conhecimento em nos diferentes temas que permeiam as fases do processo de doação de órgãos e tecidos foi satisfatório na maioria das etapas. Destaque a fase da entrevista familiar, onde foi verificado o menor índice de acertos. Vale ressaltar que essa abordagem com os familiares é executada por uma equipe multidisciplinar, portanto, deveria proporcionar uma melhor qualificação dos profissionais. Dessa forma, haveria provavelmente uma resposta mais positiva quanto índice de autorização dos familiares para a doação de órgãos.

A doação de órgãos depende exclusivamente de autorização familiar, mesmo com taxas de recusa consideradas aceitáveis, há necessidade de ampliar o debate sobre o tema, conscientizar melhor a população e qualificar a equipe de enfermagem que atua nas UTIs. Para isso se faz necessário, ter como meta a educação continuada dos profissionais. Realizar campanhas para estimular e conscientizar a população a manifestarem seu desejo de ser

doador e discutir em família a decisão tomada. Frente à importância social que representa a doação de órgãos e tecidos, acredita-se que essas estratégias poderão contribuir para o aumento das doações, oportunizando um crescimento no número de transplantes, aumentando, assim, a sobrevivência de milhares de pacientes que aguardam na fila por um transplante.

REFERÊNCIAS

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

_____. **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** São Paulo, SP: ABTO, 2011.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador falecido.** AMIB e ABTO, 2011.

BABBIE, E. **The Practice of Social Research.** United States of America: Wadsworth, 2001.

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.

_____. 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.

_____. Lei n. 11.479 de 13 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a dispensa de pagamento ao serviços funerário municipal de taxas, emolumentos e tarifas devidas em razão da realização de funeral. **Diário Oficial da União**, São Paulo – SP.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos:** Resolução nº 196 de 10 outubro de 1996. **Diário Oficial**, Brasília, 12 de Nov. 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 01 jul. 2012.

_____. 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.

_____. Portaria nº 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.

_____. 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.

_____. Registro Brasileiro de Transplantes: **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição - Janeiro / Dezembro 2011.** Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/mensagemRestrita5.aspx>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

_____. Registro Brasileiro de Transplantes: **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição - Janeiro / Março 2012**. Disponível em: <<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/images/2012/rbt%202012%201%20trimestre%20.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

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.

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

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução nº 292, de 7 de junho de 2004 – **Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>. Acesso em: 27 nov. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM n. 1.480, de 8 de agosto de 1997**. Critérios de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, 21 ago. 1997. Seção 1, p.18.227-8.

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.

D'IMPÉRIO, Fernando. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Rev. bras. ter. Intensiva** [serial on line] 2007 Jan-Mar vol.19, n.1, pp. 74-84 .

FOX, W.; BAYAT, M.S. **A Guide to Managing Research**. Cape Town: Juta and Co Ltd, 2007.

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

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

GODOY, Anderson Clayton Lopes De. **Percepção dos profissionais da área da saúde sobre a problemática da doação de órgãos**. Novo Hamburgo, 2007. Monografia (Bacharelado) - Centro Universitário Federação de estabelecimentos de ensino superior em Novo Hamburgo - Feevale.

GRATTON, L. Palavras ao vento. Exame, 719 ed., ano 34, n.15, p. 36-40, 2000.

GUETTI, Nancy Ramos; MARQUES, Isaac Rosa. **Assistência de Enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 1, p. 91-97, jan./fev. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

GUIDO, Laura de Azevedo et al . **Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, Dec. 2009 .

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA - HUSM. **Assistência em Enfermagem ao Potencial Doador de Órgãos.** Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/cihcot/index.php?secao=assistencia_enf.html>. Acesso em: 22 ago. 2011.

LAMB, D. **Transplante de Órgãos e Ética.** Tradução de Jorge Curbelo. São Paulo: Hucitec, 2000.

MAGALHÃES, Ana Carolina Sichiroli Pio; MAGALHÃES, José Alexandre Pio; RAMOS, Roberta Prado. **O enfermeiro na central de captação de órgãos. Anuário da Produção Acadêmica Docente 2007;** Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anudo/article/view/763/590>>. Acesso em: 22 ago. 2007.

MENDONÇA, Alessandra Santana; CASTRO, Dayana Clênia; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. **Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos.** Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição. 2010.

MORAES, Edvaldo L. A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. São Paulo, 2007.

MORESI, E. A. D. Metodologia da Pesquisa. Brasília – DF:Universidade Católica de Brasília - UCB, mar. 2003.

MOUTON, J. **How to Succeed in Your Master's and Doctoral Studies: a South African Guide and Resource Book.** Pretoria: Van Schaik Publishers, 2001.

ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (OPO-HCFMUSP) Manual de doação. **Processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.**), 2009.

REINHEIMER, Loreni C. Introdução à entrevista familiar. In: Manual de Captação de Órgãos e Tecidos. Ed. São Miguel, Caxias do Sul – RS, 2003.

SADALA, Maria L. A. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. J Bras. Nefrol. 2001;

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 transplantados.** São Paulo: Manole, 2010.

SILVA, Juanito Rubenito Florentino da; SILVA, Maiara Honorato de Moura; RAMOS, Vânia Pinheiro. **Familiaridade dos profissionais de saúde sobre os critérios de diagnósticos de**

morte encefálica. Enfermagem em Foco, Recife, n. , p.98-103, set. 2010.

TUTTY, L.M., ROTHERY, M.A. and GRINNELL, R.M. **Qualitative Research for Social Workers.** London: Allyn and Bacon, 1996.

VENTURA , Simone Sleimon Costa, PAULETTI Juliana. **Pneumonia associada à ventilação (PAVM) em uma UTI pediátrica:** uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Ciências Médicas e da Saúde, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – E-mail Convite

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

E-MAIL CONVITE

Nós, acadêmicas da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC estamos desenvolvendo um estudo intitulado:

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS**, para o trabalho de conclusão de curso.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa, visto que a sua participação será importante para o desenvolvimento do trabalho, e poderá oferecer subsídios importantes para a capacitação profissional na área.

Contamos com sua valiosa colaboração.

Para participar basta acessar o link abaixo:

https://www.surveymonkey.com/s/enfermagem_ufsc

Desde já agradecemos!

Orientadora: Profa. Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa.

Acadêmicas: Dinelsa Mara da Silva e Grazielle Telles.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa.

Natureza e objetivos do estudo: O objetivo deste estudo é avaliar o grau de conhecimento dos enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos. Você está sendo convidado a participar exatamente por ser enfermeiro (a) e atuante há pelo menos um ano e seis meses em unidade de terapia intensiva em um hospital que teve notificação e doação de órgãos efetivas no ano de 2011 no estado de SC.

Procedimentos do estudo: Sua participação consiste em responder um questionário que será disponibilizado via e-mail. A assinatura deste termo prevê a autorização da publicação dos resultados obtidos, sendo garantido o anonimato em todas essas circunstâncias.

Riscos e benefícios: Este estudo não oferece riscos a sua integridade física e moral. Caso alguma abordagem gere algum tipo de constrangimento você pode se recusar a continuar na pesquisa. Sua participação contribuirá para avaliar o conhecimento dos enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo: Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade: Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as informações prestadas ficará guardado sob a responsabilidade das pesquisadoras auxiliares com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em

encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Pesquisador(a) responsável: Prof^a. Dra. Sayonara de Fátima F. Barbosa, (048) 9621-1830

Pesquisador(a) auxiliar: Dinelsa Mara da Silva, (048) 9959-3382

Pesquisador(a) auxiliar: Grazielle Telles, (048) 8440-1966

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis – CEP/UFSC telefone (048) 3721-9206. Número do Parecer: 134.873.

() Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ACEITO participar da pesquisa.

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****DADOS GERAIS:****1. Idade:**

- 21 a 30 anos.
- 31 a 40 anos.
- 41 a 50 anos.
- Acima de 51 anos.

2. Sexo:

- Feminino.
- Masculino.

3. Turno de trabalho

- Manhã.
- Tarde.
- Noite.

4. Tempo de serviço em UTI:

- 1,5 a 5 anos.
- 6 a 10 anos.
- 11 a 15 anos.
- 16 a 20 anos.
- 21 a 25 anos.
- Mais de 25 anos.

5. A instituição em que você trabalha, encontra-se localizada em qual região do estado de Santa Catarina?

- Litoral – (Florianópolis, São José, Itajaí).
- Meio Oeste – (Joaçaba, Videira, Caçador, Curitibanos).
- Nordeste – (Joinville, Jaraguá Do Sul).
- Oeste – (Chapecó, Xanxerê, Concórdia).
- Planalto Norte – (Mafra).
- Planalto Serrano – (Lages, São Joaquim).
- Sul – (Criciúma, Tubarão, Araranguá).
- Vale do Itajaí – (Blumenau, Gaspar, Indaial, Brusque, Rio Do Sul).

6. Há quanto tempo você concluiu o seu curso de graduação?

- 1,5 a 5 anos.
- 6 a 10 anos.
- 11 a 15 anos.
- 16 a 20 anos.
- 21 a 25 anos.
- Mais de 25 anos.

7. Formação profissional (pós-graduação):

- Especialização.
- Mestrado.
- Doutorado.
- Não possui pós graduação.

8. É membro ou já fez parte da CIHDOTT?

- Sim.
- Não.

9. Você recebe orientação sobre Processo de doação de órgãos?

- Sim.
- Não.

10. Você já teve a oportunidade de participar de capacitações específicas sobre o Processo de Doação de Órgãos?

- Sim.
- Não.

As questões abaixo visam identificar o seu conhecimento sobre as diferentes fases do processo de doação de órgãos.

Assinale a alternativa que considerar CORRETA. Se você não souber a resposta, assinale a alternativa "DESCONHEÇO".

IDENTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

11. Qual a aparência das pupilas de um Potencial Doador de Órgãos?

- Miose, fixas.
- Midríase, fotorreagentes.
- Midríase ou médias, fixas.
- Desconheço.

12. Qual a pontuação da Escala de Coma de Glasgow de um paciente que seja Potencial Doador de Órgãos?

- Glasgow 6.
- Glasgow 3.
- Glasgow 8.
- Desconheço.

13. Quando deve ser feita a notificação à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO?

- Após a confirmação do diagnóstico de Morte Encefálica.
- Após a entrevista familiar.
- Após identificar o potencial doador de órgãos.
- Desconheço.

14. Quem deve notificar a existência de Potencial Doador para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos -CNCDO?

- Somente o Médico Intensivista pode fazer a notificação.
- Somente o Enfermeiro pode fazer a notificação.
- Tanto o médico quanto o enfermeiro podem fazer a notificação.

- Desconheço.

MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

15. Qual o distúrbio endócrino mais comum no paciente com morte encefálica?

- Diabetes Insipidus.
- Dislipidemia.
- Diabetes Mellitus.
- Desconheço.

16. Qual conduta é indicada para manter a conservação das córneas?

- Utilizar compressa morna umedecida com água destilada.
- Não é necessário nenhum tipo de intervenção.
- Manter as pálpebras fechadas, cobertas com compressa com gaze umedecida com Soro Fisiológico 0,9%.
- Desconheço.

17. Com relação aos antimicrobianos:

- Não é necessário iniciar antibioticoterapia em potenciais doadores de órgãos.
- O uso de antibiótico é indicado aos potenciais doadores que apresentarem infecções.
- O uso de antibiótico é indicado a todos os potenciais doadores de órgãos.
- Desconheço.

18. Sobre a manutenção do potencial doador, qual a alternativa correta:

- É contraindicado o uso de drogas vasoativas para potenciais doadores de órgãos.
- O potencial doador não apresenta alterações significativas nos valores da pressão arterial.
- A infusão endovenosa de soro fisiológico aquecido é uma prática recomendada para os pacientes hipotérmicos.
- Desconheço.

DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

19. Dentre os reflexos abaixo, quais estão ausentes e são indicativos de lesão irreversível de tronco encefálico?

- Pupilar, corneano, vestíbulo calórico, óculo-cefálico e de tosse.
- Vestíbulo calórico, óculo-cefálico e de tosse.

- Pupilar, corneano e vestibulo calorico.
- Desconheço.

20. Quais funções cerebrais devem estar ausentes para uma pessoa ser declarada em morte encefálica?

- Perda irreversível de toda a função cortical cerebral.
- Perda irreversível de toda a função cortical e de tronco cerebral.
- Variável conforme a lei.
- Desconheço.

21. Qual o intervalo mínimo a ser seguido entre o primeiro e o segundo exame clínico para confirmação de morte encefálica em pacientes maiores de 2 anos?

- 12 horas.
- 8 horas.
- 6 horas.
- Desconheço.

22. Qual dos exames listados NÃO pode ser utilizado como prova gráfica para confirmação de morte encefálica?

- Angiografia Cerebral.
- Doppler Transcraniano.
- Radiografia Cerebral.
- Desconheço.

ENTREVISTA FAMILIAR

23. Quem pode autorizar a doação de órgãos?

- Parentes maiores, somente de primeiro grau.
- Parentes maiores, na linha reta ou colateral, inclusive até o segundo grau, ou do cônjuge.
- Apenas pai, mãe, filhos e cônjuges.
- Desconheço.

24. Além dos familiares, quantas testemunhas presentes à verificação da morte devem subscrever o documento que autoriza a doação?

- Uma.
- Duas.
- Três.

- Desconheço.
25. A família pode decidir quais órgãos poderão ser doados?
- Sim.
- Não.
- Depende do caso.
- Desconheço.
26. Quem faz a abordagem da família para a solicitação de doação de órgãos?
- Membro da coordenação intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante.
- O médico ou enfermeiro responsável pelo paciente no turno
- O Serviço Social.
- Desconheço.

EXTRAÇÃO DE ÓRGÃOS

27. Em quanto tempo é possível realizar a extração de córneas, após a parada cardíaca?
- Em até 1 hora.
- De 1 a 2 horas.
- Em até 6 horas.
- Desconheço.
28. Quais os órgãos que têm o menor tempo de isquemia fria (tempo entre o explante e o implante)?
- Coração e Pâncreas.
- Fígado e Rim.
- Coração e Pulmão.
- Desconheço.
29. Quem é o responsável pela distribuição dos órgãos captados?
- CIHDOTT – Comissão Intra - Hospitalar de Doação e Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.
- CNCDOs - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
- Profissionais da OPO – Organização de Procura de Órgãos.
- Desconheço.

LIBERAÇÃO DO CORPO DO DOADOR DE ÓRGÃOS

30. Em relação à entrega do corpo do doador à família é correto afirmar:

- O corpo pode ou não ser devolvido à família, depende da decisão da equipe de captação.
- O corpo deve ser entregue em até 12 horas após a autorização da doação.
- O corpo deve ser entregue condignamente recomposto.
- Desconheço

31. Qual o horário legal do óbito?

- Após o último exame positivo para Morte Encefálica.
- Após a cirurgia para retirada dos órgãos doados.
- Após o laudo do exame gráfico positivo para Morte Encefálica.
- Desconheço.

ANEXOS

ANEXO A - Número de notificações de potenciais doadores, doadores efetivos e doadores cujo órgão foram transplantados em SC e no Brasil em 2011.

Marcadores	SC		BR	
	nº	pmp/ano	nº	pmp/ano
Notificação (potencial doador)	384	61,5	7.238	37,9
Doadores efetivos	159	24,5	2.048	10,7
Doadores cujo órgãos foram transplantados	157	25,1	2.019	10,6
Doadores múltiplos órgãos	118	75	1.466	73
Não doadores	225	59	5.190	72

Fonte: RBT - ABTO, 2011.

ANEXO B - Número de notificações de potenciais doadores, doadores efetivos e doadores cujo órgão foram transplantados em SC e no Brasil durante o 1º trimestre de 2012.

Marcadores	SC		BR	
	nº	pmp/ano	nº	pmp/ano
Notificação (potencial doador)	97	62,1	2006	42,1
Doadores efetivos	42	26,9	626	13,1
Doadores cujo órgãos foram transplantados	41	26,2	597	12,5
Doadores múltiplos órgãos	32	78	426	71
Não doadores	55	57	1380	69

Fonte: RBT - ABTO, 2012.

ANEXO C - Notificações e doações efetivas de órgãos por estabelecimento em SC no ano de

2011

Instituição	Notificações	Doações
Associação de Caridade São V. de Paulo - Mafra	5	2
Hospital Baía Sul - Florianópolis	1	1
Hospital da Unimed - Joinville	11	9
Hospital de Caridade - Florianópolis	4	3
Hospital Divino Salvador - Videira	19	7
Hospital e Maternidade Marieta K. Bornhausen - Itajaí	20	5
Hospital e Maternidade São José – Jaraguá do Sul	25	13
Hospital Governador Celso Ramos - Florianópolis	39	25
Hospital Hélio Anjos Ortiz - Curitibanos	2	1
Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis	6	2
Hospital Leonir Vargas Ferreira – Chapecó - HRO	29	13
Hospital Maicê - Caçador	6	2
Hospital Materno Infantil - Jessé A. Faria - Joinville	4	2
Hospital Municipal São José - Joinville	43	13
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão	16	7
Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - Lages	6	3
Hospital Regional Alto Vale – Rio do Sul	8	4
Hospital Regional de São José HMG – São José	18	4
Hospital Regional Hans Dieter Schimidt - Joinville	4	1
Hospital Santa Catarina - Blumenau	6	1
Hospital Santa Isabel - Blumenau	36	16
Hospital São Francisco - Concórdia	8	3
Hospital São João Batista - Criciúma	1	1
Hospital São José - Criciúma	28	12
Hospital São Paulo - Xanxerê	5	1
Hospital Universitário - Florianópolis	11	3
Hospital Universitário Santa Terezinha - Joaçaba	11	5

Fonte: Site SC Transplante de SC, Estatísticas, acessado em 05 de agosto de 2012.

ANEXO D - Aprovação do comitê de ética.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.

Pesquisador: Sayonara de Fátima Faria Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07655812.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 134.873

Data da Relatoria: 22/10/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um TCC onde os pesquisadores após diversas considerações colocam a necessidade de avaliar os conhecimentos dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva sobre o processo de doação de órgãos.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é o de avaliar o grau de conhecimento dos enfermeiros que trabalham em UTI sobre o processo de doação de órgãos. O objetivo secundário é o de avaliar a eventual influência do conhecimento dos enfermeiros no número de doações efetivadas e identificar em qual fase do processo de doação de órgãos os enfermeiros tem déficit de conhecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não oferece riscos a integridade física e moral dos participante.

O benefício será a contribuição na avaliação sobre o conhecimento dos enfermeiros que trabalham em UTI sobre o processo de doação de órgãos. Os beneficiários desse conhecimentos serão a comunidade acadêmica e os profissionais de saúde, explicitando a conscientização da relevância do assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A coleta de dados será feita através de um questionário com 31 (trinta e uma) questões como identificação, tempo e local de trabalho, conhecimento técnico e aspectos legais.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9208 **Fax:** (48)3721-9898 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é redigido de forma adequada.

São apresentadas as declarações do Pesquisador Responsável e da Instituição Proponente devidamente identificados e afirmando aceitarem os termos da Resolução CNS 196/96

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 30 de Outubro de 2012

Assinador por:
Andréa Ferreira Delgado
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br