

Taís do Amaral Stenger | Raquel Adjane de Magalhães Machado | Jaqueline Rodrigues Bender
Aldren Silva de Sousa | Eduardo Luis Draghetti | Lucas Correa Gonçalves
Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff | Suimara Santos | Maicon Daniel Chassot
Elisiane de Oliveira Machado | Amanda dos Santos Fragoso | Claudir Lopes da Silva

O PROCESSO DE CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: OPINIÃO DE ENFERMEIROS DE UMA UTI CLÍNICA



Taís do Amaral Stenger | Raquel Adjane de Magalhães Machado | Jaqueline Rodrigues Bender
Alldren Silva de Sousa | Eduardo Luis Draghetti | Lucas Correa Gonçalves
Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff | Suimara Santos | Maicon Daniel Chassot
Elisiane de Oliveira Machado | Amanda dos Santos Fragoso | Claudir Lopes da Silva

O PROCESSO DE CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: OPINIÃO DE ENFERMEIROS DE UMA UTI CLÍNICA



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Multidisciplinar**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Bruno Edson Chaves – Universidade Estadual do Ceará
Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
Profª Drª. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Renato Faria da Gama – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

O processo de captação e doação de órgãos: opinião de enfermeiros de uma UTI clínica

Diagramação: Nataly Evilin Gayde

Correção: Maiara Ferreira

Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga

Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P963 O processo de captação e doação de órgãos: opinião de enfermeiros de uma UTI clínica / Taís do Amaral Stenger, Raquel Adjane de Magalhães Machado, Jaqueline Rodrigues Bender, et al. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.

Outros autores
Alldren Silva de Sousa
Eduardo Luis Draghetti
Lucas Correa Gonçalves
Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff
Suimara Santos
Maicon Daniel Chassot
Elisiane de Oliveira Machado
Amanda dos Santos Fragoso
Claudir Lopes da Silva

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-2522-9
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.229242905>

1. Procedimentos e transplantes de órgãos. I. Stenger, Taís do Amaral. II. Machado, Raquel Adjane de Magalhães. III. Bender, Jaqueline Rodrigues. IV. Título.

CDD 617.48004

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

O estudo é de caráter descritivo com enfoque qualitativo e abordou a experiência de enfermeiros no processo de captação de órgãos para transplante na Unidade de Tratamento Intensivo Clínica de um Hospital de Pronto Socorro, localizado na cidade de Porto Alegre - RS. O objetivo do mesmo é demonstrar a opinião destes profissionais sobre as atividades da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). A população deste estudo foi constituída por dez (10) enfermeiros, entrevistados no período entre março e abril de 2008.

Os dados foram examinados através da análise de conteúdo temático, proposto por Minayo (2002), onde está proposta a interpretação qualitativa dos dados dividida em três categorias: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

Na análise foram geradas quatro categorias: o perfil da equipe multidisciplinar da UTI Clínica; o cuidado com a família do potencial doador de órgãos; a avaliação sobre o desempenho da CIHDOTT e a necessidade de treinamento para promover a motivação profissional e pessoal no processo de captação de órgãos para transplantes.

Verificou-se, pelos resultados, a falta de interesse da maioria dos médicos em diagnosticar a morte encefálica, que as enfermeiras se mostram mais sensíveis e aderentes ao processo de doação e transplante de órgãos, alguns sentimentos manifestados durante o transcorrer destes casos. Significativa foi a posição assumida da grande maioria das entrevistadas no que se refere ao trabalho e às habilidades dos profissionais da Comissão de Transplantes, assim como, o interesse pelo aumento dos conhecimentos em relação a todas as etapas do processo de captação e doação.

Considera-se que estudos como estes contribuam com os profissionais da saúde que trabalham neste campo de atuação, podendo, desta forma, despertar reflexões sobre como ocorre e o que pode ser feito para maximizar esse processo de captação e doação de órgãos.

PALAVRAS-CHAVE: Captação e Doação de Órgãos; Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante; Opinião; Enfermeiros.

INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	4
1.1 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	4
1.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE MORTE ENCEFÁLICA	6
1.3 AVALIAÇÃO E SUSTENTAÇÃO CLÍNICA DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS	11
1.4 O PAPEL DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)	13
2. MÉTODO.....	18
2.1 TIPO DE PESQUISA	18
2.2 LOCAL E PERÍODO	18
2.3 SUJEITOS DE PESQUISA	19
2.4 COLETA DE DADOS	19
2.5 ANÁLISE DOS DADOS	19
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	20
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	21
4.1 PERFIL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UTI CLÍNICA	22
4.2 O CUIDADO COM A FAMÍLIA DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS	26
4.3 A AVALIAÇÃO SOBRE O DESEMPENHO DA CIHDOTT	28
4.4 A NECESSIDADE DE TREINAMENTO PARA PROMOVER A MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL E PESSOAL NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39

INTRODUÇÃO

Conforme Fonseca e Carvalho (2005), o processo de transplantes e doação de órgãos teve início, historicamente, a partir de experiências com transplantes envolvendo animais, evoluindo, posteriormente, para sua utilização em seres humanos. Deste período inicial até os dias atuais, esta atividade teve uma evolução considerável, em termos de técnicas, resultados, variedade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados.

O avanço da medicina conseguiu tornar o transplante de órgãos vitais uma solução viável para as doenças graves, considerando que cada vez mais pacientes têm indicação de transplante, com os avanços e aprimoramentos da tecnologia para cirurgia as possibilidades de sucesso são maiores (GARCIA, 2006). Os transplantes são importantes porque salvam a vida da maior parte das pessoas que recebem esta indicação, que sobrevivem somente com esta alternativa e ainda melhoram a qualidade de vida de muitas outras pessoas. Porém, para que ocorram transplantes tem que haver a captação e a doação de órgãos. Para Dalri *et al.* (1999), o ato de doar órgãos e o de transplantar são realizados para beneficiar indivíduos que estão criticamente doentes.

O advento dos transplantes de órgãos e tecidos após a morte encefálica trouxe uma nova realidade com grandes transformações, dilemas e polêmicas para a sociedade e para os profissionais da área da saúde. Sadala (2004) considera o processo de transplantes de órgãos como procedimentos terapêuticos essenciais para pacientes com insuficiência de órgãos, possibilitando salvar ou melhorar a qualidade de vida. Ressalta, também, a importância da divulgação dos métodos de transplante e da necessidade de órgãos, constituindo movimento importante para a educação e conscientização da população a respeito da possibilidade do reaproveitamento dos órgãos de pessoas com morte encefálica, já que existe uma grande fila de pacientes à espera de órgãos, e a escassez de doadores é considerada a maior barreira para que se realizem transplantes.

Rech e Filho (2007) ressaltam a desproporção em relação à oferta e a demanda por órgãos e tecidos para transplantes. Conforme Duarte (2007), 69.053 pessoas aguardam nas filas brasileiras de transplante, sendo os órgãos mais procurados os rins (34.077 pessoas aguardando na fila) e, dentre os tecidos, as córneas (26.793 pessoas).

Conforme Sabini (2004) e Teixeira e Silva (2004), o Ministério da Saúde estabeleceu em 2000, juntamente com o Sistema Nacional de Transplante, a Portaria MS 905 de 2000, onde todos os hospitais com referência em atendimento de urgência e emergência e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de médio e grande porte, e hospitais transplantadores ou que sejam credenciados para captação de órgãos tenham que possuir uma Comissão Intra Hospitalar de Transplantes, otimizando nos hospitais as doações.

Conforme Rech e Filho (2007), a introdução destas equipes de captação de órgãos vêm se divulgando mundialmente eficazes em crescer as taxas de doação de órgãos e tecidos. A estas equipes estão relacionadas à responsabilidade de organização de todo o processo de captação, que inclui a identificação e a manutenção do potencial doador

(PD), a velocidade do diagnóstico de morte encefálica (ME), o contato com a Central de Transplantes e com o Departamento Médico Legal (DML), o contato com as equipes da retirada e do agendamento do procedimento cirúrgico da retirada, o transporte dos órgãos e a restituição do corpo à família. Sadala (2004) acrescenta ainda, que apenas 6,4% das famílias de pacientes nessas condições tomam a iniciativa de fazer a doação, por esse motivo tornou-se incumbência das Comissões o relacionamento com a família do potencial doador quanto às questões sobre a possível doação dos órgãos, pois se consideram estes com preparo técnico e habilidade emocional para a abordagem da família nesse momento crítico.

Ainda sobre a capacitação dos profissionais das equipes, Borges (1996) afirma que alguns princípios devem obrigatoriamente acompanhar os profissionais de saúde durante o processo de solicitação de órgãos e tecidos para transplante: é importante que o médico ou enfermeiro reconheça as emoções dos afligidos, qualificando-as de maneira adequada, entre elas estão a negação e a ira; é necessário dispor de informações corretas sobre a relação entre o falecido e os demais membros da família; é importante falar do aspecto clínico e físico que se encontra o paciente, impedindo que fantasias venham a desequilibrar mais a já vulnerável condição psíquica das pessoas. Assim, é necessário fazer, de um modo sensível, que os familiares recebam a má notícia e entendam a realidade do falecimento. Essa informação deve ser dada de uma forma simples e sincera por um integrante da equipe clínica da unidade ou ainda, preferencialmente, por um profissional da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

Considerando a importância do papel dos enfermeiros no cotidiano das UTI's, convivendo, dificultando ou facilitando as ações da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, elaboramos como problema de pesquisa, a seguinte indagação: Qual a opinião dos enfermeiros da UTI Clínica do Hospital de Pronto Socorro sobre as atividades desenvolvidas pelos integrantes da CIHDOTT no processo de doação e captação de órgãos?

Entendemos que estudos como estes irão colaborar na compreensão e entendimento do diário das equipes de captação, nas relações que se estabelecem com as equipes das UTI's clínicas, às quais envolvem competências técnicas, humanísticas, de relacionamento e emocionais. De acordo com Garcia (2006), os profissionais de saúde são o elo mais crítico no processo de doação/transplante, são eles que identificam os potenciais doadores e desencadeiam o processo de doação, diagnosticando a morte encefálica e notificando as Comissões de transplante.

No trabalho de Sabini (2004, p. 53), que teve por objetivo ouvir o relato das experiências de membros da Equipe de Captação, composta por cinco profissionais da Equipe Intra-Hospitalar de Transplante de Órgãos (EIHT), destaca-se relatos como este: "Nosso papel é estimular a equipe, intensivista, o enfermeiro da unidade para abrir o protocolo, para que os testes de morte encefálica sejam feitos, porque tem toda uma rotina".

Conforme Garcia (2006) estima-se que somente de 1 a 4% das pessoas que morrem em hospitais e de 10 a 15% daqueles que morrem em unidades de cuidados intensivos apresentem o quadro de morte encefálica, sendo, portanto potenciais doadores de órgãos. Como confirma Sabini (2004), os pacientes com evolução para morte encefálica são freqüentemente provindos de situações originárias de trauma, como traumatismo crânio encefálico (40 a 60%), acidente vascular cerebral (30 a 45%), encefalopatia anóxica (8.5 a 10%) e tumor cerebral primário (2,5 a 4%), sendo assim a maioria desses pacientes já se encontram em unidades de tratamento intensivo. A identificação desse provável diagnóstico deve ser feita por médicos e enfermeiros da unidade, através de exames clínicos que comprovem a ausência de reflexos, levando a indícios de que o paciente esteja em morte encefálica, para posteriormente dar início ao Protocolo de Morte Encefálica e torná-lo um potencial doador.

Dentre as justificativas que amparam a importância deste estudo, podemos citar: A portaria n. 1.262, de acordo com Santos (2007), determina que as equipes de captação devam ser chefiadas por um médico ou por um enfermeiro, os quais devem estar preparados para ocupar na prática este cargo.

Pretendemos ainda contribuir com informações para maximizar as doações de órgãos no país e, conseqüentemente, a diminuição das listas de espera, contribuindo para a qualidade de vida de tantos que aguardam por órgãos, pois o enfermeiro, enquanto cuidador deve colaborar com as necessidades de saúde pública. Considerando as tendências mundiais, as indicações de transplantes tendem a acontecer cada vez mais precocemente com conseqüente incremento das listas de espera, portanto todas as ações no sentido de ampliar as captações serão de grande contribuição para a sociedade. Como ressalva Garcia (2006), nesta área mais do que em qualquer outra da medicina, a participação dos profissionais de saúde e da coletividade é um dos fatores decisivos no sucesso ou no fracasso dos programas de transplante.

E por último, gostaria de justificar a relevância deste trabalho, que vai atender às minhas necessidades pessoais, pois trabalhando como técnica de enfermagem em hospital especializado em cardiologia é de meu conhecimento que muitos pacientes têm como tratamento ideal e final a transplantação. Então, há muito fui sensibilizada por este tema enquanto cuidadora de pacientes, considerando, também, que na vida acadêmica esse tema não foi plenamente discutido e refletido, uso agora a oportunidade da realização da monografia para ampliar os conhecimentos nele.

Para o desenvolvimento de nossa pesquisa elaboramos o seguinte objetivo geral: Conhecer a opinião dos enfermeiros da UTI Clínica do Hospital de Pronto Socorro sobre as atividades desenvolvidas pelos integrantes da CIHDOTT no processo de doação e captação de órgãos.

Objetivos específicos:

- Identificar a participação da equipe da UTI Clínica no processo de diagnóstico de morte encefálica e captação de órgãos;
- identificar sugestões para ampliar o processo de captação e doação na unidade.

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Para Pitrez (2002), a legislação é a principal ferramenta que o Direito possui para tutelar a sociedade, fornecendo instrumentos capazes de promover o bem estar social com eficiência.

Revisando a evolução da Legislação nas últimas décadas, ressaltamos os dados mais importantes segundo Pitrez (2002):

Lei n. 4.280/1963: dispunha sobre a “extirpação de órgãos ou tecidos de pessoa falecida para fins de transplante”. Era muito simples e incompleta, somente aconteceria a retirada do material se o doador tivesse feito autorização por escrito ou fosse autorizado pelo cônjuge ou parente de até segundo grau, ou por responsável pelo corpo - consentimento expresso. Também poderia ser escolhida a pessoa receptora e não fazia referência expressa à gratuidade da doação.

Lei n. 5.479/1968: aprimorou a Lei anterior, mas ainda deixou lacunas, mantendo a necessidade de autorização expressa do doador; permitiu a retirada de órgãos e tecidos de corpo vivo; dispôs expressamente sobre a gratuidade. As maiores imperfeições eram que não se definiu o que fosse receptor nem o que seria prova incontestável de morte, acrescenta ainda Pitrez (2002).

Lei n.º 8.489 / 1992: regulamentada pelo Decreto n. 879/93 pretendia flexibilizar as doações. Trocou a expressão cadáver por corpo humano, trouxe o dever de notificação de todos os casos de caráter emergencial, adotou o critério de morte encefálica, introduziu o consentimento tácito ou presumido. Embora essa Lei tenha sido um avanço, não suprimiu a escassez de órgãos. O consentimento presumido desencadeou grande polêmica com a interpretação de desrespeito aos direitos fundamentais das pessoas em relação à aceitação implícita, enfatiza Pitrez (2002).

Lei n. 9.434/1997: regulamentando o decreto n. 2.268, atualmente é a resolução brasileira que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos do corpo humano e cria o Sistema Nacional de Transplante (SNT), sancionada pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, que diz:

Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, posteriormente alterada pela Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001, que substituiu a doação presumida pelo consentimento informado do desejo de doar. Segundo a nova Lei, as manifestações de vontade à doação de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, após a morte, que constavam na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação, perderam sua validade a partir do dia 22 de Dezembro de 2000. Isto significa que, hoje, a retirada de órgãos/tecidos de pessoas falecidas para a realização de transplante depende da autorização da família. Sendo assim, é muito importante que uma pessoa, que deseja após a sua morte, ser uma doadora de órgãos e tecidos comunique à sua família sobre o seu desejo, para que a mesma autorize a doação no momento oportuno.¹

A **Resolução n. 1.480/1997** do Conselho Federal de Medicina estabeleceu os critérios diagnósticos de morte encefálica como sendo: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia, associado a métodos complementares que documentem ausência de atividade elétrica ou metabólica cerebral ou de perfusão sanguínea cerebral, caracterizada através da efetivação de exames clínicos complementares durante intervalos de tempos variados, próprios para cada faixa etária (MESQUITA e NETO, 1997).

A **Constituição Federal de 1998**, no artigo n. 199, parágrafo 4º, traz um preceito constitucional que remeteu à Lei o papel de dispor sobre condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias, vedando a comercialização, acrescenta Pitrez (2002).

A **Portaria GM n. 3.407/1998** aprova o regulamento técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes. A **Portaria MS n. 905/2000** determinou a criação das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes (CIHT), com tarefas de rotinizar e organizar o processo de detecção de pacientes para doação e captação de órgãos na sua instituição, estabelecidos pela Portaria GM n. 3.432/1998, com o objetivo de elevar o número de doação de órgãos para transplante, acrescenta Pitrez (2002).

A **Portaria n. 1.183/2000** cria o Registro Nacional de Doadores de Órgãos e tecidos. O **CFM n. 42/2001** considera a hora do óbito aquela registrada no Termo de Declaração de Morte Encefálica, com o exame complementar anexado, e autoriza o médico assistente a descontinuar todos os cuidados com o potencial doador, pois é inaceitável por motivos econômicos, sociais e emocionais manter cuidados intensivos em um corpo morto, descreve Santos (2007). Em relação a não concordância da família quanto à doação, só é possível manter os aparelhos nessa condição com o objetivo de manter os órgãos para doação. ¹ Fonte: Ministério de Saúde.

A **Lei n. 10.211/2001** determina 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, obedecendo a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à constatação da morte (CARDOSO e GREGORI, 2001).

A **Portaria n. 91/2001** estabelece normas de funcionamento e critérios técnicos a serem utilizados pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Mecanismos de Relacionamento e Obrigações das Centrais Estaduais.

Conforme Sabini (2004), a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) agencia e fiscaliza a inscrição e o cadastro de receptores, sendo responsável pela distribuição de órgãos conforme a lista única de receptores, ou Cadastro Técnico Único de Receptores, que contém todas as indicações necessárias à localização e verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o possível receptor.

A **Resolução COFEN n. 292/2004, em seu Artigo 1º**, enfoca que cabe ao enfermeiro planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador de órgãos e/ou tecidos através da notificação às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO a existência do potencial doador, entrevistar e solicitar o consentimento livre e esclarecido ao responsável legal do doador e favorecer a assistência interdisciplinar no processo de doação/transplante de órgãos e tecidos (TEIXEIRA e SILVA, 2004).

A **Portaria GM n. 1.752/2005** determina a constituição da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Em hospitais com atividades transplantadoras e Unidade de Tratamento Intensivo de nível II, as atividades de “busca ativa”, contato com o familiar do potencial doador, gerenciamento do tempo real da doação e apoio logístico às equipes e instituições podem ser realizadas pela Central de Notificação e Capacitação de Órgãos Regionais (CNCO), pela Organização de Procura de Órgãos (OPO's) ou pelas Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes (CIHT ou CIT), enfatiza Santos (2007).

A **Portaria GM n. 783/2006** determina a obrigatoriedade da utilização dos sistemas de informação desenvolvidos pelo Sistema Nacional de Transplante e pelo DATASUS para alimentação das informações sobre doação e transplantes e para gerenciamento das listas de espera para transplantes de órgãos e tecidos em todo o território nacional. A **Portaria GM/MS n. 1.262/2006**: a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais um médico ou enfermeiro designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (SILVA, 2006).

No entendimento de Pitrez (2002), a população em geral não confia no sistema de saúde, havendo sempre a assombração do erro no diagnóstico de morte encefálica, sendo este um dificultador para o aumento das possíveis doações de órgãos, apesar de a Legislação demonstrar que a intenção da Lei é humanitária.

Segundo Carvalho (2003), para acabar com as filas de receptores à espera de um órgão, é necessário que os potenciais doadores acreditem que a ética médica prevalecerá nos transplantes, sem risco de antecipação referente ao diagnóstico irreversível de morte encefálica. Assim sendo, os doadores e receptores devem estar respaldados pela legislação, tendo respeitados seus direitos de decisão.

1.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE MORTE ENCEFÁLICA

Segundo Torres (2003), a questão da definição de morte é desafiadora. Vem ocorrendo o surgimento de vários debates, em grande parte do mundo, para definir o que seria o fim da vida, pois quando se fala de morte do corpo humano é feita a relação

com a vida humana biológica. Para Engelhardt (1998 *apud* TORRES, 2003, p. 478), “uma situação é estar interessado no momento em que a pessoa deixa de existir.” Já uma definição de morte de todo o corpo a partir da morte do cérebro sugere uma definição que se concentra na vida de uma pessoa, onde a questão fundamental seria: “qual é o tipo de vida em relação à qual a morte deve ser determinada?”.

De acordo com Sadala (2004), as expressões morte encefálica (ME) e morte cerebral (MC) são utilizadas de formas distintas, sendo morte cerebral considerada a condenação da vida de relação e morte encefálica não apenas esta, mas também a condenação da vida vegetativa. Enfatizando tal realidade, Sabini (2004) afirma que a morte encefálica é entendida como o comprometimento irreversível das vidas vegetativas e de relação, como a carência das funções do tronco encefálico, responsáveis por funções vitais como o controle da respiração, junto a uma anomalia da função cerebral, resultante de doença metabólica ou estrutural irreversível, sem que tenha feito uso de depressores do SNC, sem a presença de intoxicação exógena recente, bloqueio neuromuscular ou ainda hipotermia primária.

Sobre a morte encefálica, Casella (2003) e Santos (2007) explicam que este diagnóstico é equivalente à morte biológica do ponto de vista médico, religioso e inclusive do ponto de vista legal no país. Assim sendo, com a constatação da morte, mesmo que não efetuada a doação de órgãos, os aparelhos que mantêm o paciente poderão ser desligados. Conduta esta que também tem o amparo sob o ponto de vista ético, baseada na racionalização dos recursos que poderiam ser evitados, no desequilíbrio entre a oferta e a demanda de leitos de UTI's, no sofrimento psicológico, e eventualmente também financeiro, dos familiares. Aspectos estes que muitas vezes são negligenciados quando o paciente, já com diagnóstico de morte encefálica, é mantido através de medidas extraordinárias de suporte de vida por dias, semanas ou mais raramente meses.

Casella (2003) expõe em seu estudo que no ano de 1988 o Congresso Nacional Brasileiro emitiu parecer determinando que o Conselho Federal de Medicina (CFM) seria o órgão capacitado e responsável pelas decisões relacionadas à área médica. O reconhecimento de morte encefálica como morte clínica veio em 1990, liberada pelo CFM, de acordo com os conceitos vigentes em quase todo o mundo. No ano de 1997 o CFM apresentou a resolução de n. 1480, adotando como medidas alguns critérios diagnósticos de morte encefálica no Brasil, para crianças a partir dos sete dias de vida.

Deve-se dar a devida importância ao fato de que, em relação aos prematuros e recém nascidos de termo nos primeiros sete dias de vida, não existem critérios estabelecidos, estes se obtém através da avaliação clínica, assim como dos exames subsidiários nesta faixa etária. Segundo a Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos – ADOTE (2007), todas as pessoas morrem no momento em que o encéfalo (cérebro + tronco cerebral) deixa de receber sangue, e, portanto, oxigênio, por causa de uma parada cardíaca irreversível ou, por dano crânio-encefálico resultante de um acidente vascular cerebral (AVC) ou, de

um trauma (acidente de automóvel, tiro de arma de fogo, etc.) ou, por causa de um tumor cerebral.

A tecnologia médica moderna permite que se defina a morte como a perda das funções neurológicas e não das funções cardiorrespiratórias que podem ser supridas artificialmente. Após a verificação da morte cerebral, a viabilidade do coração, pulmões, rins, fígado, pâncreas, córneas, etc. são assegurados por respiração artificial, assim estes órgãos poderão ser mantidos para um eventual transplante.

Para Trevisol-Bittencourt *et al.* (2003, p. 02), o conceito de morte transforma-se e modifica-se conforme a sua colocação. Assim, um indivíduo que apesar de ter um coração ativo, apresente eliminação persistente das atividades cerebrais, provavelmente estará morto, e caso esta proposição realmente se confirme, um potencial doador estaria nascendo. “Como percebemos, a definição clássica de morte até recentemente aceita, parada irreversível de batimentos cardíacos e movimentos respiratórios, torna-se, nos dias atuais, obsoleta e inapropriada em algumas situações”.

Com o notável progresso observado, particularmente na área de terapia intensiva, com a chegada de máquinas sofisticadas e drogas poderosas, o sistema cardiorrespiratório de pessoas irreversivelmente inviabilizadas do ponto de vista neurológico, poderia ser mantido em funcionamento por um tempo indeterminado.

Ainda para Trevisol-Bittencourt *et al.* (2003), a avaliação do paciente possui fases e subfases que devem ser criteriosamente obedecidas para confirmação diagnóstica de ME. Ela deve ser realizada por uma junta de no mínimo dois médicos com conhecimento no manejo de doentes comatosos, não pertencentes em nenhuma hipótese à equipe de transplantes, sendo um deles, essencialmente, neurologista ou neurocirurgião.

Conforme descreve Trevisol-Bittencourt *et al.* (2003), a anamnese é essencial para um diagnóstico correto de ME para afastar a hipótese de coma superficial, então, estas são as fases a serem cumpridas para a afirmação do diagnóstico de ME:

Descartar causas reversíveis de coma capazes de mimetizar a ME:

a) **Hipotermia:** sabe-se que a hipotermia pode dar resultado falso positivo de ME, particularmente quando o corpo está abaixo de 32,2°C (temperatura retal), sendo necessária a restauração da normotermia antes de qualquer especulação diagnóstica.

b) **Choque:** devido ao choque, independente de sua etiologia, a diminuição de fluxo sanguíneo cerebral pode provocar uma suspensão transitória da atividade elétrica cerebral e um quadro clínico aparentando a ME. Logo, é imprescindível a tentativa de manutenção da pressão arterial antes de diagnosticarmos a ME em vítimas de choque.

c) **Intoxicação por drogas:** a parada transitória das funções encefálicas pode ser induzida por overdose de múltiplas drogas sedativas do SNC, como barbitúricos, benzodiazepínicos, entre outras. Quando se suspeita disso, um “screening” deve ser realizado e, nesses casos, o uso de potencial evocado pode ser de grande valia, pois é incomum que essas drogas afetem o teste. É expressamente recomendável um período de

observação mais prolongado nos casos em que se aventa esta possibilidade, principalmente quando da suspeita de barbitúricos, devido à longa meia-vida destas drogas, com sua rica recirculação êntero hepática e drástica redução da motilidade gastrintestinal.

d) **Distúrbios metabólicos:** algumas condições como encefalopatia hepática, coma hiperosmolar, hipoglicemia e uremia podem levar a coma profundo, sendo que estas alterações metabólicas devem ser consideradas antes de determinar a irreversibilidade das funções encefálicas e esforços devem ser feitos para corrigi-las. Nos casos suspeitos, exames complementares deverão ser realizados em todos eles.

Vários autores como Trevisol-Bittencourt *et al.* (2003), Santos (2007) e Casella (2003) ressaltam sobre a importância da avaliação dos reflexos do tronco encefálico com os seguintes exames: Exame Clínico e Teste da Apnéia:

a) **Reflexo pupilar:** deve ser realizado com foco luminoso de boa amplitude, observando se há resposta tanto direta quanto consensual e, se necessário, utilizar lupas e ambientes com baixa luminosidade, observando-se a ausência de respostas de contratibilidade pupilar bilateral ao estímulo.

b) **Reflexo corneano:** utilizando-se uma mecha de algodão, tocar alternadamente as córneas e observar a presença de fechamento palpebral e/ou desvio conjugado dos olhos para cima, para o diagnóstico de ME, observa-se a falta de resposta orbicular.

c) **Reflexo oculocefalógiro:** explora-se com movimentos rápidos de rotação da cabeça no sentido horizontal e flexão e extensão do pescoço. Na resposta normal, observa-se um deslocamento ocular no sentido contrário aos movimentos realizados, em ME os olhos do paciente permanecem imóveis. Atenção: devido ao risco de lesão medular estas manobras são proibidas em pacientes vítimas de trauma, pelo menos até que se tenha evidência radiológica de integridade da coluna vertebral.

d) **Reflexo oculovestibular:** explora-se elevando a cabeça do paciente a 30 graus do plano horizontal. Determinar previamente por otoscopia a permeabilidade do conduto auditivo e aplicar lentamente 50 ml de água a 4°C sobre a membrana timpânica, observando se há desvio ocular. Resposta normal seria desvio em direção ao estímulo, enquanto que em ME não ocorrem desvios oculares.

e) **Reflexo de tosse:** é realizado por estímulo do palato, aspirando-se o paciente através do tubo orotraqueal, em ME não haverá resposta de tosse ou deglutição. f) **Teste da apnéia:** tem como intuito comprovar se há movimento ventilatório espontâneo pela estimulação de centros respiratórios pela hipercapnia de no mínimo 60 mmHg. O teste consiste inicialmente em observar se o paciente não realiza nenhum esforço contrário à ventilação mecânica. Após 15 minutos, o paciente é ventilado durante 10-20 minutos com 100% de oxigênio e colhe-se uma gasometria arterial que deve mostrar um pO_2 de 100 ou mais mmHg. Na seqüência, ele é desconectado do ventilador e com um cateter traqueal se administra oxigênio a 6 litros/minuto. Por um período de 10 minutos, observa-se se há movimento ventilatório e colhe-se outra gasometria. O teste é dito positivo quando a pCO_2

da segunda gasometria atingir um nível mínimo de 60 mmHg sem nenhum movimento ventilatório concomitante. Caso $p\text{CO}_2$ seja menor que 60 mmHg, o teste deve ser repetido e, utilizando do aumento médio de $p\text{CO}_2$, de 3 mmHg/minuto em adultos, para cálculo do período de observação.

Conforme destacam, ainda, Mesquita e Neto (1997) e Casella (2003) deverão ser feitos exames complementares para a constatação inequívoca de ME, com exames que demonstrem a ausência de atividade elétrica cerebral, ou ausência da atividade metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea cerebral, que serão dimensionados por faixa etária; a serem destacados:

a) **Acima de 2 anos:** um exame complementar que demonstre ausência da atividade elétrica ou metabólica ou perfusão cerebral.

b) **De 1 a 2 anos incompletos:** um dos exames citados acima, quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro.

c) **De 2 meses a 1 ano incompleto:** 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro.

d) **De 7 dias a 2 meses incompletos:** 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Trevisol-Bittencourt *et al.* (2003) consideram que o eletroencefalograma deve demonstrar ausência de atividade elétrica cerebral. O potencial equivocado é um exame que poderia ser utilizado, quando há alguma limitação para a realização do exame clínico ou como uma opção confirmatória extra.

A Angiografia de quatro vasos encefálicos ou outros métodos de medição do fluxo sanguíneo cerebral demonstra a ausência de fluxo sanguíneo no cérebro. A Ultrassonografia poderá fornecer informações valiosas sobre a ausência de circulação sanguínea em território das artérias carótidas, quando disponível substitui a angiografia cerebral.

Para Casella (2003) assim como para Mesquita e Neto (1997), o CFM com a Resolução n. 1.480/1997 determina que a morte encefálica seja caracterizada através da realização destes exames clínicos e complementares, citados acima, durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) **De 7 dias a 2 meses incompletos** - 48 horas de intervalo entre as duas avaliações.

b) **De 2 meses a 1 ano incompleto** - 24 horas de intervalo entre as duas avaliações.

c) **De 1 ano a 2 anos incompletos** - 12 horas de intervalo entre as duas avaliações.

d) **Acima de 2 anos** - 6 horas de intervalo entre as duas avaliações.

1.3 AVALIAÇÃO E SUSTENTAÇÃO CLÍNICA DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

A avaliação do potencial doador consiste na verificação de contra-indicações clínicas e laboratoriais para a realização da doação, segundo Santos (2007), são realizados exames clínicos e neurológicos simultaneamente.

Para Santos e Massarollo (2005), o processo de doação de órgãos é um conjunto de ações e procedimentos capaz de transformar um potencial doador de órgãos em um doador efetivo, onde o doador é o paciente com diagnóstico de morte cerebral e sem contra indicações clínicas que representem riscos para os receptores de órgãos.

De acordo com Sabini (2004) e Santos (2007), os critérios absolutos de exclusão são os seguintes:

a) Insuficiência Orgânica, como: cardíaca, pulmonar, renal, hepática, pancreática e medular que comprometa o funcionamento de órgãos e tecidos que possam ser doados. b) Sepsis ou Insuficiência de Múltiplos Órgãos e Sistemas (IMOS).

c) Doenças crônicas degenerativas e com caráter de transmissibilidade. d) Sinal clínico ou laboratorial de alteração orgânica específica.

e) Neoplasias malignas, exceto tumores localizados no SNC, carcinomas basocelulares (cutâneos de baixo grau) e carcinoma de cérvix uterino *in situ*. f) Uso habitual de drogas endovenosas.

g) Enfermidades infecto-contagiosas transmissíveis por meio de transplante, como sorologia positiva para HIV, Hepatite B e C, doença de Chagas e ainda todas as demais contra-indicações utilizadas para doação de sangue e hemoderivados. Estes devem ser realizados o mais brevemente possível, mesmo quando ainda não estiver definida a opção pela doação efetiva. Se o hospital onde o paciente estiver não providenciá-los a equipe de captação irá realizá-los.

Ainda, conforme Santos (2007) e Sabini (2004), não havendo qualquer dos critérios de exclusão, deve-se realizar uma minuciosa investigação. Esta deve ser focada na história médica pregressa, em doenças infecciosas, na evolução clínica intra-hospitalar (instabilidade hemodinâmica como parada cardiorrespiratória, arritmias, hipotensão, hipotermia. Assim como também se deve investigar o tempo necessário para reverter os quadros, as medicações utilizadas, doses e duração do uso, também o uso de antibióticos e diuréticos, exames de laboratório alterados, pressão arterial, diurese, uso de drenos, cateteres, período de entubação e parâmetros da ventilação mecânica).

Para Sabini (2004), as capacidades de funcionamento dos órgãos devem estar relativamente preservadas e hemodinamicamente capazes de responder às manobras de ressuscitação, caso seja necessário.

Descritos abaixo estão os cuidados relacionados à manutenção do potencial doador, conforme Sabini (2004):

a) **Sistema Cardiovascular:** a hipotensão vem como a alteração mais freqüente, esta diminuição rápida dos valores pressóricos nestes pacientes pode acarretar a evolução para a ME. Como causas têm a diminuição da função ventricular esquerda, vasodilatação secundária ao aquecimento de um paciente anteriormente hipotérmico, volemia que também leva à hipotensão, assim como, a queda na resistência vascular sistêmica pela inadequação neuro humoral central. Como tratamento inicial da hipotensão, Sabini (2004) salienta ainda a importância de ser adquirido um cateter venoso central, permitindo a monitoração da PVC (objetivando manter valores em torno de 10mmHg) e adequada reposição volêmica. Obter também um acesso arterial que permita a monitoração da PAM (devendo esta ficar em torno de 90-100 mmHg).

Se houver a necessidade da utilização de vasopressores para manter a estabilidade hemodinâmica, caso a hidratação não tenha obtido resultados satisfatórios, a infusão deve ser realizada na dose mínima possível, porque a dopamina e a noradrenalina nas doses de até 10 microgramas/kg/min, mesmo que contribuam para a perfusão renal e mesentérica, contra indicam a doação do coração (SABINI, 2004).

b) **Sistema Respiratório:** o suporte ventilatório deve contemplar valores como: Volume corrente de 10ml/kg; volume mínimo ajustado para manter o pH arterial entre 7,35 e 7,45 mmHg; fração inspirada de O₂ (FiO₂) ajustada para manter a saturação arterial e a oximetria de pulso com oxigênio entre 95%; pressão expiratória positiva final (PEEP) entre 3 a 5 cmH₂o pois promove a re-expansão das unidades alveolares colapsadas, prevenindo microatelectasias. A aspiração das vias aéreas (VA) é uma medida indicada na prevenção de pneumonia, que pode ocorrer pelo acúmulo de secreções nas VA pela ausência do reflexo da tosse.

c) **Sistema Endócrino:** o desenvolvimento de diabete *insipidus* é o distúrbio mais freqüente pelo fato de ocorrer falência da neurohipófise, devendo ser administrado insulina e vasopressina. Os sinais clínicos manifestos são poliúria e débito urinário maior ou igual a 4ml/Kg/h e baixa densidade urinária, menor que 1.005. Esses sinais precisam ser detectados para que seja reposta a volemia, com o uso de desmopressina que pode ser administrada via intranasal na dose de 20 a 40 microgramas de 1 a 3x/dia, fazendo previamente a higiene nasal adequada, permitindo a eficiência da administração, ou em conjunto com a soroterapia.

d) **Sistema Renal e Eletrólitos:** a avaliação do sistema renal é realizada através da monitoração e mensuração do débito urinário horário (ideal: 1 a 2 ml/kg/h, pois indica a adequada perfusão e resguardo da função renal) através de um cateter vesical de demora. Para otimizar a função renal, é importante a diminuição da utilização das drogas vasopressoras e nefrotóxicas. A hipocalcemia, hipocalemia e hipomagnesemia devem ser corrigidas através da reposição.

e) **Sistema Termorregulador:** a hipotermia ocorre devido à destruição do centro termorregulador hipotalâmico, contribuindo para o quadro a vasodilatação sistêmica e a

administração de fluidos e hemoderivados não aquecidos. É importante a mensuração da temperatura corporal, devendo esta permanecer acima de 35°C (podendo ser utilizados recursos como: colchão térmico, foco de luz, irrigações vesicais e gases inspirados aquecidos, assim como soluções parenterais aquecidas como medidas terapêuticas para esta alteração). A temperatura corporal abaixo de 35°C leva ao agravamento da acidose metabólica (necessitando a administração de bicarbonato de sódio via endovenosa), depressão miocárdica, aumento do consumo de O₂, entre outras alterações que prejudicam a manutenção dos órgãos.

f) **Sistema Hematológico:** a detecção e correção dos distúrbios de coagulação e sangramento devem ser tratadas com hemoderivados, se recomendado como forma de medidas terapêuticas. Técnicas rigorosas de assepsia em relação a procedimentos invasivos devem ser adotadas, evitando que o PD seja exposto a infecções nosocomiais.

g) **Exames Laboratoriais:** após o primeiro teste clínico, a instituição onde o PD se encontra deve solicitar os exames laboratoriais, devendo a sorologia ser feita somente após o segundo teste que, se não forem realizados neste local, fica sob responsabilidade da instituição que retirará os órgãos para o transplante: Hemograma com plaquetas, tipagem sanguínea e fator Rh, TGO, TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas e amilase, uréia, creatinina e eletrólitos, glicemia, VDRL, toxoplasmose, Chagas, anti-HIV, anti-HCV, HbsAg, anti-HBc, CMV, anti HTLV, gasometria arterial, Rx de tórax, eletrocardiograma.

h) **Proteção Ocular:** para a proteção e viabilidade das córneas a indicação é de oclusão das pálpebras do PD com uma fina tira de adesivo, evitando a ulceração tecidual, pode-se utilizar ainda gazes embebidas em solução fisiológica a 0,9% ou água destilada como forma de umidificação das córneas.

Segundo Santos (2007), “a equipe de enfermagem desempenha um papel vital na manutenção do potencial doador de órgãos, ela deve atuar na detecção de possíveis complicações que o quadro de morte encefálica causa, ficando atenta a vários aspectos, de forma a manter a viabilidade dos órgãos” e, nesse sentido, a sustentação clínica do potencial doador é essencial para viabilizar o transplante de órgãos e tecidos.

1.4 O PAPEL DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)

De acordo com Borges (1996), existe uma grande barreira para a concretização dos transplantes impostos pelos profissionais da saúde em participar das fases mais críticas da procura e captação de órgãos e tecidos. A oposição em agir resulta muitas vezes na falha de identificação do potencial doador de órgãos em morte encefálica, porém, talvez a principal causa disso seja a falta de experiência e treinamento com o manejo no momento da solicitação de órgãos e tecidos, diante dos familiares afrontados com a morte de seu ente querido. Frequentemente também, talvez por razões pessoais, os profissionais de saúde consideram que toda a complexidade do processo da procura e captação de órgãos

para transplante não compensa o esforço e o encargo legal e ético perante o procedimento, assim como, o tempo empregado e a remuneração que não é acrescida.

Porém, as equipes da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante necessitam do apoio destas equipes que assistem os pacientes potenciais doadores de órgãos, afinal são eles que detectam a possibilidade de morte encefálica. Como confirma Dalri *et al.* (1999), a constatação da morte encefálica não compreende aos profissionais de enfermagem, mas eles devem estar atentos à sua realização e quanto aos resultados.

De acordo com o que predomina na legislação (Portaria GM n. 1.752/2005) Sabini (2004), descreve que a Equipe de Captação de Órgãos realiza buscas ativas, mediante visitas diárias as unidades de terapia intensiva, salas de emergência e salas de recuperação, podendo identificar nestes locais pacientes em morte encefálica potenciais doadores, acompanhar a evolução e os registros dos doadores em potencial até a notificação, pois como descreve Rech e Filho (2007), a não identificação de um potencial doador é o principal obstáculo a ser ultrapassado pelas Equipes de Captação de Órgãos.

Para Santos (2007), a intenção é de expandir os avanços obtidos na captação de órgãos e na concretização de transplantes. Na tentativa de ampliar essas questões, foi assinado em 04/02/1997 o decreto n. 2.268 regulamentando a Lei n. 9.434, instituindo o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), centralizado no Ministério da Saúde, em Brasília, e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, sendo confirmado pela portaria n. 1.262 de Junho 2006 artigo primeiro que a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta de no mínimo três profissionais de nível superior. Dentre esses um médico ou uma enfermeira poderá desempenhar a função como Coordenador Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, todos pertencentes ao *staff* do hospital. Estes não devem pertencer às equipes transplantadoras, tendo como finalidade organizar o processo de doação em nível hospitalar e conscientizar o corpo funcional da instituição e a comunidade sobre o processo, sendo considerado presentemente, muito importante para o Sistema Nacional de Transplantes. Confirmando tal realidade Sabini (2004) e Steiner (2004) comentam sobre a importância dos componentes da equipe de reanimação que declaram a morte encefálica, equipe de remoção e as equipes de transplantação não sejam compostas pelas mesmas pessoas, visando apaziguar os doadores e seus próximos de maneira que a demanda pela remoção não viesse a ser interpretada como demanda da equipe de transplante, sendo este o recurso necessário para efetuar seu trabalho.

Conforme Santos (2007), a Central Intra-Hospitalar de Transplantes (Comissão Intra Hospitalar de Transplantes) é um grupo de profissionais vinculados a uma instituição hospitalar com trabalho de organizar e normalizar rotinas no processo de detecção de pacientes para doação e captação de órgãos na sua instituição, melhorando a identificação dos potenciais doadores, da abordagem adequada de seus familiares e uma eficiente articulação com os hospitais.

De acordo com Silva (2006), dentre as atribuições e responsabilidades da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante descritas na Portaria GM/MS 1.262/2006, estão as tarefas de articularem-se com os profissionais da saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos; organizar no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos; garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação; promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos; abordar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado; promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade e estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Como podemos verificar, às Comissões Intra-Hospitalares estão a responsabilidades de toda a “seqüência” de identificação e manutenção do potencial doador, a agilidade do diagnóstico de morte encefálica, a entrevista com a família do doador, agilidade do processo, agendamento do procedimento cirúrgico da retirada, transporte quando necessário do potencial doador de órgãos e dos órgãos a serem transplantados. Como ressalta Dalri *et al.* (1999, p. 228), “o órgão retirado tem o valor de uma vida e deve merecer todo o cuidado”; a restauração do corpo do doador e a entrega do cadáver a família ou responsável.

Quanto às entrevistas familiares para consentimento e obtenção de órgãos e tecidos para transplante, a técnica ideal é a conhecida como “desacoplamento” em que primeiro o médico intensivista informa a família sobre o diagnóstico de morte encefálica e seu significado, depois de passado algum tempo, que permitirá à família assimilar a notícia, uma nova equipe que não participou do tratamento do paciente (CIHDOTT), faz a solicitação de doação de múltiplos órgãos (RECH e FILHO, 2007).

Steiner (2004) considera que o momento da morte é de grande dificuldade emocional em que as famílias de repente submergem, nesse sentido e diante da escassez de tempo, considerou-se muito vantajoso e, sobretudo muito humano, a intervenção de pessoal duplamente qualificado, em termos médicos e de relações pessoais, para servir como intermediário entre a equipe médica no início das relações de doação e família.

A entrevista com a família é essencial nesse processo, e de acordo com Sabini (2004), deve ser coordenada e efetuada pela CIHDOTT, como citado anteriormente por Rech e Filho (2007), devendo ocorrer somente após a família ter sido informada do diagnóstico de morte encefálica pelo médico assistente ou neurologista, tendo o designio de sanar dúvidas e desmistificar falsos julgamentos a respeito do diagnóstico de morte encefálica e dos testes complementares para a efetiva doação de órgãos.

Conforme Rech e Filho (2007), a abordagem familiar pode ser feita por um médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social que esteja capacitado e não faça parte da equipe que atendeu o paciente durante sua internação hospitalar, é apropriado permitir

que as pessoas falem um pouco sobre seu familiar e sobre o ocorrido para que se sintam acolhidas pelo entrevistador que não pode demonstrar pressa, devendo seguir o ritmo de assimilação de cada familiar e não interrompê-los quando estiverem falando.

Conforme os mesmos autores, as questões emocionais que envolvem o momento da perda também interferem na decisão, famílias insatisfeitas com o atendimento hospitalar são menos propensas a doar.

Vários autores como Rech e Filho (2007), Santos (2007), Sousa e Barretto destacam que o encontro com a família do potencial doador deve acontecer em um ambiente calmo, com acomodações apropriadas a todos os familiares e amigos que queiram participar. Porém recomenda ainda os mesmos autores, deve-se falar com o menor número de pessoas possíveis, que se escolha aquele familiar que demonstre maiores condições de diálogo, ou aqueles que parecem ter o poder de decisão, isso se faz necessário para tentar afastar pessoas que tendem a tumultuar o ambiente e a decisão.

Conforme Rech e Filho (2007), as famílias devem saber que a resposta não precisa ser dada no momento da entrevista, que podem se reunir para discutir e tomar a melhor decisão que será respeitada independentemente da resposta à solicitação, que não se sintam obrigados a doar, nem culpados por não doar.

Segundo Sadala (2001), aparentemente ocorrem menos empecilhos e há mais agilidade em relação à decisão de doar os órgãos quando a família sabe da decisão do familiar ou das idéias sobre a doação de órgão; quando os familiares encontram na religião explicações e, principalmente apoio para tal decisão; e também quando os familiares acreditam que a doação de órgãos é um ato correto moralmente.

Para Steiner (2004), o momento da morte, onde os familiares se sentem extremamente isolados do mundo, não é o mais próprio para se tratar desta questão, tão difícil e incômoda, que é a doação de órgãos. Mais especial ainda é este momento quando se pensa e se trata deste assunto pela primeira vez. Relata que os familiares não têm realmente tempo para se deter sobre este problema quando a pergunta lhes é feita sem ter sido discutido este assunto previamente entre os familiares e com o doente em si antes do ocorrido. É deste abismo, com enorme dimensão, que o mercado de órgãos para transplantes poderia se utilizar, afirma Steiner (2004), se fossem levados em consideração estes fatores enquanto ainda há tempo, aumentando assim possivelmente o número de órgãos doados.

É nesse sentido que Garcia (2006) destaca a importância das medidas educacionais empregadas a partir de 2007, como os encontros periódicos da diretoria da ABTO com jornalistas em São Paulo e em Brasília, e a formação de Organizações da Sociedade Civil, como a ADOTE e a Pró-Via, atuando na área de doação e transplante no Rio Grande do Sul, dentre essas medidas encontram-se educação para estudantes da área da saúde, educação para profissionais da saúde, educação para a mídia e educação para a população, tudo visando o aumento de informações e possivelmente o número de pessoas favoráveis a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Segundo Carvalho (2003), nas sociedades contemporâneas e modernas, a atitude da realização de doação anônima de sangue, para uma simples transfusão, é entendida e vista como um ato de generosidade e de fundamental importância para quem a necessita. Assim também é vista a doação de órgãos ou tecidos para transplantes em seres humanos, o que é fundamental para manutenção da vida daqueles que está em situação crítica. Nessas sociedades, os transplantes de órgãos são sempre regidos pelos princípios da ética e da moral. Portanto, as doações constituem-se em um ato necessariamente de grandeza, de generosidade e de amor ao próximo, ou seja, é doar vida a quem necessita. Enfatizando tal realidade, Santos (2007) comenta que as CIHDOTT utilizam-se desses argumentos, ressaltando o ato da doação para salvar vidas ou aliviar sofrimento, fazendo uma ligação entre a solidariedade da doação de sangue e de órgãos, reforçando o sentimento de solidariedade e beneficência, lembrando que o ente querido estará vivo através dos seus órgãos em outras pessoas, destacando a agradável e positiva recordação dentro da situação trágica e triste melhorando a imagem e lembrança.

Sousa e Barretto (s/d) consideram ainda que em entrevista com familiares, meses após o óbito, esses divulgam que a doação funciona como uma ferramenta de consolo, para alguns é a forma de causar alguma coisa significativa em uma circunstância tão sem sentido como a morte, para outros, ela propicia uma prorrogação da vida em outro corpo, e ainda para outras pessoas, representa uma obra de boa vontade que ajuda a aproximação do ente querido de Deus.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo é do tipo descritivo com enfoque qualitativo.

Para Santos (2007), a pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas ou componentes do fato, fenômeno ou problema. É feito sob a forma de levantamentos ou observações sistemáticas. Descreve com exatidão os fatos ou fenômenos de determinada realidade.

A pesquisa qualitativa para Leopardi (2001), é utilizada quando não é possível usar instrumentos de medida precisos, sendo necessários dados subjetivos. É um método caracterizado pela necessidade de exploração de uma circunstância não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. Possui a necessidade de levantamento das características conhecidas, almejando descrever com precisão os fatos ou fenômenos de determinada realidade.

2.2 LOCAL E PERÍODO

Este estudo foi desenvolvido na Unidade de Tratamento Intensivo de Clínica e Cardiologia de um Hospital de Pronto Socorro localizado em Porto Alegre-RS, no período de março a abril de 2008.

Essa instituição foi escolhida como local de pesquisa, por ser um hospital referência e especializado no atendimento a pacientes críticos, cuja dimensão de atendimento cirúrgico e clínico é tanto em quantidade como em gravidade, aliado ao fato que atender pacientes da cidade de Porto Alegre e demais regiões do Estado, e também porque esta Instituição compreende uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

Esta unidade funciona como um serviço de referência no atendimento ao paciente com complicações vasculares. A unidade recebe também pacientes críticos na especialidade de clínica geral (cardíaca, pneumologia, distúrbios metabólicos, etc.) que evoluem para quadros de morte encefálica.

Como confirma Campos (s/d), há um grande potencial de doadores de múltiplos órgãos no Brasil, encontrados principalmente nos hospitais de emergência, sendo a maioria vítima de trauma ou de acidente vascular cerebral que desenvolvem morte encefálica pela progressão de sua patologia.

A equipe da Unidade é constituída por 2 enfermeiras, 8 a 10 técnicos de enfermagem um plantonista intensivista, distribuídos no turno da manhã, tarde e em três equipes noturnas.

2.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos foram os enfermeiros que compunham a equipe da Unidade de Terapia Intensiva Clínica do local de pesquisa. A amostra deste estudo foi constituída por dez (10) enfermeiros que obedeceram aos critérios de seleção: Estar desenvolvendo suas atividades normais na unidade no período de 10 de março a 30 de abril de 2008 e aceitar participar da pesquisa.

2.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, a pesquisadora agendou uma reunião com a enfermeira responsável pela Gerência Técnica de Enfermagem da Unidade Intensiva Clínica, detalhando os objetivos almejados com a referida temática, os propósitos do estudo e a metodologia a ser desenvolvida, sendo o mesmo autorizado formalmente.

Posteriormente foram feitos contatos telefônicos com as enfermeiras e agendadas as entrevistas de acordo com suas conveniências.

Utilizou-se como instrumento de pesquisa uma entrevista semi-estruturada (Apêndice B). Cujo roteiro buscou informações sócio-demográficas dos sujeitos e num segundo momento explorou questões específicas relacionadas ao tema.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para compor o estudo. As entrevistas foram realizadas com datas e locais previamente agendados de acordo com a conveniência dos profissionais, com os integrantes dos turnos da manhã, tarde e da noite desta equipe, observando-se a privacidade na realização destas.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados qualitativos, o método de análise de conteúdo temático proposto por Minayo (2002) foi escolhido. Neste, a autora expõe e propõe uma interpretação qualitativa de dados dividida em três categorias:

- **Ordenação dos dados:** realiza-se um mapeamento de todas as informações obtidas no trabalho de campo, que se inclui a transcrição de gravações, releitura do material e organização dos relatos;

- **Classificação dos dados:** nesta etapa é preciso saber que o dado não existe por si só. Ele é composto a partir de um questionamento feito sobre eles, baseado em uma fundamentação teórica. Realizada através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelece interrogações para identificar o que é relevante, para agrupar elementos e identificar idéia e posteriormente, elaborar as categorias específicas;

- **Análise final:** estabelecer relações entre os dados obtidos e referenciais teórico da pesquisa, ponderando e interpretando as questões da pesquisa e seus objetivos. Relacionando o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi solicitada à coordenadora da unidade da Instituição autorização para realização da pesquisa. Para os participantes da pesquisa apresentei um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, permanecendo uma com o sujeito e outra com a autora da pesquisa, onde estava exposto o caráter voluntário da participação, o direito assegurado de interromper a sua participação no estudo no momento em que desejasse, o anonimato dos participantes e a garantia de que as informações obtidas seriam utilizadas somente para fins científicos relacionados ao projeto da pesquisa.

Para a realização desta coleta de dados foram observadas as recomendações, conforme a legislação relativa à pesquisa com seres humanos e expressa na Resolução n. 196/96 (BRASIL, 1996).

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

No período de março a abril de 2008, 10 profissionais compunham a equipe de enfermeiros da Unidade de Tratamento Intensivo Clínica, destas, 10 participaram da pesquisa. O quadro que se segue caracteriza esses profissionais quanto à idade, religião, tempo de exercício da profissão, e experiências anteriores com atividades de captação e doação de órgãos.

	IDADE	TEMPO DE PROFISSÃO	EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM DOAÇÃO	RELIGIÃO
S 1	43	22 anos	Somente com receptores	Católica
S 2	51	26 anos	Sem experiências	Católica e Espírita
S 3	48	25 anos	Sem experiências	Católica, atualmente Espírita.
S 4	61	33 anos	Sem experiências	Luterana
S 5	46	24 anos	Sem experiências	Católica
S 6	33	10 anos	Sem experiências	Católica, Simpatizante do Espiritismo.
S 7	47	19 anos	Sem experiências	Sem religião estabelecida
S 8	48	27 anos	Sem experiências	Sem religião
S 9	33	14 anos	Sem experiências	Sem religião
S 10	34	10 anos	Somente com medula óssea	Doutrina Espírita

Quadro 01: Caracterização dos enfermeiros da Unidade de Tratamento Intensiva Clínica entrevistados no período de março a abril de 2008, segundo a idade, religião, tempo de exercício da profissão, e experiências anteriores com atividades de captação e doação de órgãos

Fonte: Pesquisa direta, Stenger, T. Coleta de dados através de entrevista. Hospital de Pronto Socorro, Porto Alegre, abril de 2008.

A análise dos resultados da pesquisa com os enfermeiros da Unidade de Tratamento Intensivo Clínica deste Hospital é apresentada sob a forma de quatro categorias distintas. Através delas, são demonstradas as suas vivências no cotidiano em relação ao processo de captação e doação de órgãos. Como foram diversas as expressões dos sujeitos sobre o tema e ainda que as entrevistas proporcionassem a formação de outras categorias, consideramos válido analisar e estruturar o texto a partir da reunião dos fenômenos que mais ocorreram. Ficam então, dispostas as quatro categorias citadas a seguir:

- O perfil da equipe multidisciplinar da UTI Clínica;
- o cuidado com a família do potencial doador de órgãos;
- a avaliação de desempenho da CIHDOTT;
- a necessidade de treinamento para promover a motivação profissional e pessoal no processo de captação de órgãos para transplantes.

4.1 PERFIL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UTI CLÍNICA

O propósito final da atuação dos profissionais de enfermagem é a cura ou a melhoria de vida de seus clientes/pacientes através do oferecimento de cuidados, para tanto, não é possível trabalhar de forma individual, sem o apoio e a colaboração da equipe. A partir do momento que a equipe de trabalho não tem os mesmos objetivos a união e a satisfação do grupo passa por momentos de turbulências e muitas vezes até de atritos por decorrência dessa falta de interesses em comum. Isto transparece nas seguintes falas:

“[...] quando o paciente entra em morte encefálica, a gente tem que insistir muito pra que se façam os testes [...]” (sujeito 06). “[...] uma grande dificuldade para que a gente consiga manter ou sustentar esse paciente potencial doador [...] não existe uma coesão da equipe [...] o pessoal da área médica, especialmente os intensivistas, eles não tem um enfoque voltado para isso [...] às vezes não tem uma padronização e também o interesse [...]” (Sujeito 03).

“[...] muitos médicos já encaminham os testes quando suspeitam, e muitos esperam muito tempo e isso eu acho que acaba dificultando a captação, pelo menos as informações que eu tenho [...] é que quanto antes tu conseguir fazer esse diagnóstico melhor para aqueles órgãos e melhor pra toda burocracia que é feita [...]” (Sujeito 06).

Conforme Bendassolli (2000, p. 152), a complexidade envolvida num transplante de órgãos, torna, ou deveria tornar muito harmônico o trabalho das equipes envolvidas, pois há nesses casos, uma diversidade de riscos e de cuidados que aumentam muito o nível de exigência de toda a equipe, e “o sucesso do empreendimento deve depender, além dos aspectos puramente técnicos, do ambiente emocional assim formado”.

Se há a falta de motivação e interesse profissional uma das implicações pode ser a omissão em fazer o diagnóstico adequado. Para Freitas e Oguisso (2006), os eventos que podem acarretar alguma forma de prejuízo ou dano aos clientes, seja devido à falta de atenção, de conhecimento, de habilidade, de dedicação, podendo também ser causado por omissão, ou seja, quando o profissional deixa de agir ou fazer algo que deveria fazer e com isso acarreta risco ou prejuízo a outrem, são considerados ocorrências éticas, podendo estar relacionado até mesmo com as iatrogenias. Nesse sentido, destacamos algumas falas:

“[...] o que eu vejo é que os médicos não estão muito envolvidos nessa rotina [...] a gente depende que eles tomem a frente, façam os testes [...]. Aqui na UCC os médicos são resistentes, a grande maioria deles, a fazerem os testes!” (Sujeito 10).

“[...] quando o paciente esta em morte encefálica, ele continua com a mesma rotina que ele vinha tendo, eles não chegam a fazer o teste, não fazem nenhum teste [...] então se vai fazendo os cuidados todos até chegar a PCR” (Sujeito 04). “[...] O pessoal da área médica, especialmente, os intensivistas, não têm um enfoque voltado para isso [...]” (Sujeito 03).

“Teve uma menina do trauma que veio parar aqui [...] e aí a gente falava “essa paciente tem todas as características de MC” [...] o médico afirmava “não, não ela não pode ir pra doação imagina” [...] aí abriu uma vaga na UTI de Trauma e ela foi transferida pra lá [...] chegou lá, fizeram os testes, ela tava em morte encefálica e foi pra doação, então assim, por quê que aqui não fizeram? Ela tinha tudo pra fazer aqui, tava aqui, ela só subiu lá, e fez os testes e foi pra doação [...]” (Sujeito 04).

“[...] não tem se tido muito paciente com esse intuito de preservar pra doação, não tem, bem tranquilo eu te dizer isso!” (Sujeito 08).

Rech e Filho (2007), afirmam que a composição de uma equipe treinada e entusiasmada com suas atividades é de fundamental importância para o sucesso do processo de doação.

Para Quintana *et al.* (2007), a resistência em diagnosticar um paciente como terminal reporta-se também ao fato de se tratar de um diagnóstico definitivo, sem volta, e é isso que o torna angustiante para o profissional de saúde.

Através das falas dos sujeitos podemos perceber as diferenças entre as classes trabalhistas, como a equipe médica e a equipe de enfermagem em relação ao cuidado integral nas diferentes fases de vida de seus clientes, incluindo a morte encefálica, o processo de diagnóstico e encaminhamento desses pacientes.

Como podemos observar através dos depoimentos, o grupo como um todo é heterogêneo, ficando explicitado nas falas dos sujeitos que os diferentes profissionais têm visões desiguais, a ponto de os profissionais médicos não certificarem o diagnóstico de morte encefálica não permitindo dessa forma a possível continuidade de vida de outras pessoas que necessitem de órgãos para sobreviver, enquanto que os profissionais da enfermagem almejam sempre em suas ações a melhoria continua no processo do cuidar, focalizado no cuidado do doente, assegurando um serviço humanizado, com dignidade e respeito. Estes, envolvidos neste propósito, continuam a banhar, a administrar dietas, a verificar os sinais vitais, demonstrando o comprometimento com a realização de seu trabalho. Isso fica caracterizado através das seguintes falas:

“Tu vai sensibilizando [...] o funcionário que tá lá ele vai dizer pro médico: Pô, mais porque a gente não tenta ver [...]. Encaminhar esse paciente pra doação? Ou, Ah doutor esse paciente aí é um cara jovem, não fuma, o quê que ele tem que possa impedir? [...]” (Sujeito 03).

“[...] em relação ao paciente eles sempre cuidam muito, não existe aquela coisa, aquele já tá morto, vamos negligenciar, nós não vamos fazer tal coisa [...] existe um cuidado até o fim, até o transporte no caso, à transferência pra outro hospital [...] existe uma motivação da equipe assim de sempre cuidar o paciente até o fim!” (Sujeito 06).

“[...] os auxiliares - eles cuidam [...] ele vai cuidar, como se fosse normal assim, que não fosse MC [...] tem que cuidar a pressão, tem que dar as coisas, normal [...], eles avisam, o tempo todo avisando, pressão [...] tem que cuidar [...]” (Sujeito 02).

“[...] os cuidados de enfermagem e os cuidados como se tivesse um paciente que fosse sobreviver, a manutenção da integridade corporal, esse é o objetivo” (Sujeito 07).

Palú *et al.* (2004) consideram o ato de cuidar como muito além do fazer teórico, implicando no entrelaçamento das ações de cuidados instrumentais e expressivos, desenvolvendo suas ações objetivando não somente assistir o ser humano no momento sublime que é o nascimento, mas comprometer-se com esse momento desconhecido em sua essência que é o momento da morte.

“[...] eu acho que as pessoas têm o sentido de humanização e acolhimento grande aqui, pra todos os pacientes [...] os cuidados com os pacientes são os mesmos, os cuidados de enfermagem [...]” (Sujeito 05).

“Muda o cuidado quando o paciente vai pra doação, talvez o investimento seja a nível de dedicação [...] é um paciente que tá sendo mais avaliado, mais cuidado, daí que é o reflexo desse cuidado da equipe médica e das enfermeiras” (Sujeito 01).

“[...] depois que está feito o diagnostico eu vejo que tem muito empenho da equipe toda em melhorar aqueles órgãos, aquela pessoa ali pra ela poder ser portadora de uma outra vida, que é a questão da doação de órgãos” (Sujeito 06).

“O que eu vejo é que quando a gente avisa “esse paciente aqui ele é MC e vai à doação” o pessoal cuida, tenta manter a pressão, os sinais vitais certinho, tenta manter o paciente” (Sujeito 10).

Para tanto, além desse compromisso com a integralidade humana, os profissionais envolvidos com a área da saúde necessitam também de grande preparo psicológico, pois estão constantemente lidando com situações de perda ao lado dos familiares. Em relação ao envolvimento emocional, que conforme Palú *et al.* (2004), é considerado a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa, sem que esse interesse nos torne incapazes, se faz necessário chegando até o ser considerado um aspecto vital na relação terapêutica, promovendo a empatia e permitindo ao profissional perceber o outro, este sentimento se confirma na seguinte fala: “[...] *emocionalmente é muito difícil, pra todos, pros técnicos, pros médicos, pras enfermeiras, pra família [...]*” (Sujeito 06).

Outros sentimentos que se distinguem nas falas é o sentimento de impotência e lamentação em perder o potencial doador, seja pela falha no diagnóstico adequado, pelas características do PDO ou pela recusa familiar, como fica evidenciado nas seguintes falas:

“[...] eu vejo às vezes a lamentável perda, se tem assim às vezes um paciente jovem, um portador de aneurisma, ele evoluiu rapidamente pro óbito quando ele poderia ser aproveitado pra uma futura doação [...]” (Sujeito 03).

“Tem muito paciente idoso, é por isso em função de ser pouco o número de doadores, quando eles evoluem é pelas outras patologias que acabem falecendo, né [...]. E não daria para aproveitar o órgão” (Sujeito 01).

“[...] nosso paciente que acaba virando um crônico, são os AVC's, às vezes pacientes jovens, fazem AVC's, mas ficam mais de um mês aqui até que evolua pro óbito [...]” (Sujeito 08). *“Eu tenho muita pena, eu tenho muita pena, porque eu acho assim que muitos pacientes hígidos, que muitas vezes tu poderia aproveitar quase tudo, e isso não acontece [...]*” (Sujeito 10).

“[...] eu acho interessante [...] lá na UTI de Trauma, lá em cima ele é doador e aqui ele não é [...]. Quando um paciente interna lá embaixo no Poli é o nosso AVC que tá lá, ele é doador, mas quando chega aqui em cima, ele já não é mais [...]” (Sujeito 04). *“A morte com todas as pessoas com quem eu falei não pensam nisso [...] por isso que quando ocorre muitas vezes o familiar diz “a gente nunca falou a respeito [...] eu não sei, a gente nunca falou a respeito”, ele ia querer isso?, ele ia querer a doação?”* (Sujeito 10).

Os próximos depoimentos demonstram o desagrado em relação à equipe médica pela falta do diagnóstico de morte encefálica resultando na perda de pacientes que poderiam ter sido encaminhados para a doação de órgãos e acabam se perdendo por falhas no processo de identificação e encaminhamento correto dos mesmos:

“Nós podemos lembrar o médico, acionar a equipe [...] mas aí nós temos essa limitação, podemos acionar ambos, tanto o médico que tá assistindo como a equipe de transplantes e fazer em seguida à manutenção desses protocolos [...]. Agora decidir sobre eles nós não podemos e instituí-los” (Sujeito 09). “[...] a gente vê assim muito quando acontece de não fazer o teste de MC quando é pra ser feito tal hora da madrugada, coisa assim, tem casos que não é feito, é pra se fazer, mas não é feito [...]” (Sujeito 02).

Podemos observar a preocupação por parte das enfermeiras em relação ao diagnóstico correto e em tempo hábil sobre a morte encefálica nas falas anteriores, pois é de conhecimento destas que a identificação destes pacientes potenciais doadores deve ser feita pelos médicos e enfermeiros da unidade, através de exames clínicos rotineiros que comprovem a ausência de reflexos, levando a indícios de que este paciente está em morte encefálica, para posteriormente, com o diagnóstico médico confirmado dar início ao Protocolo de Morte Encefálica e torná-lo um potencial doador, reforça Sabini (2004).

De acordo com as várias expressões das entrevistadas sobre a participação da equipe da Unidade de Tratamento Intensiva Clínica no processo de captação de órgãos para transplante, percebemos que as principais características são: uma equipe médica desarticulada e desmotivada para o diagnóstico precoce da morte encefálica e sustentação clínica do potencial doador atitudes que são responsáveis pelo sentimento de impotência e lamentação das enfermeiras em relação a perda do potencial doador de órgãos.

4.2 O CUIDADO COM A FAMÍLIA DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

Estes profissionais de enfermagem citados nas falas anteriores, além do cuidado integral dos pacientes mesmo na sua terminalidade, tem a preocupação de dispensar aos familiares dos pacientes potenciais doadores uma atenção especial. Ficam evidenciados nas próximas falas sentimentos como a compaixão: *“[...] as visitas são mais liberadas, se acolhe melhor as pessoas, eu acho que isso ocorre, tanto da nossa parte como da parte do pessoal da comissão” (Sujeito 05).*

“[...] a equipe fica toda mobilizada, a família nos mobiliza muito, a gente fica diferente, eu acho que a gente tenta se solidarizar a família, tenta prestar amparo!” (Sujeito 06). “[...] serviços de apoio, psicologia, o serviço social que é muito atuante, a equipe de transplantes, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a gente sempre tenta acolher essas pessoas com carinho, com uma palavra, até com o cuidado do paciente, mostrar que a gente tá cuidando, que mesmo que eles decidam não doar ou doar a decisão não vai mudar o nosso cuidado, isso sempre é muito dito se não dito mostrado!” (Sujeito 06).

“Eu até converso... eles ficam entrando a noite inteira, entram de um em um, vão lá, se despedem, rezam, aí às vezes vem o Pastor, vem o Pai de Santo, já entrou um Rabino [...] e eu deixo, deixa entrar, rezar. Eu tento fazer isso aí e deixo a família entrar [...]” (Sujeito 10).

Enfatizando as expressões acima, Palú *et al.* (2004) considera que o convívio com a dor, a ansiedade e a aflição que acompanham o processo de morrer, é capaz de transformar a prática do cuidado, na qual o cuidador se torna compassivo perante o sofrimento, mas busca a melhor maneira de ajudar o paciente na hora da sua morte.

Porém, tais sentimentos em relação aos familiares dos pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos não foram expressos por todas as entrevistadas, o que nos faz pensar que talvez ocorra uma negação em enxergar o paciente dentro de um contexto ou sugere que os mesmos possam não estar preparados para lidar com o luto dos familiares. No entendimento de Palú *et al.* (2004), esses trabalhadores desenvolvem suas atividades cercados de muita emoção e questionamentos, por não terem sido preparados para trabalhar com a morte e sim para trabalhar com a vida. Para Quintana e Kegler (2007), o profissional de saúde tem oposição para lidar com a morte devido ao despreparo para trabalhar com a mesma.

Nesse sentido, Brêtas *et al.* (2006), destaca que o profissional de enfermagem, em contato com esses múltiplos sentimentos vividos devido à aproximação da morte, está diante do conflito de como se posicionar frente ao sofrimento e a dor, tendo também de elaborar perdas de pacientes, especialmente com quem estabeleceu vínculos mais intensos; provavelmente é nesse sentido que se posicionam, como sendo um mecanismo de defesa na qual tem a oportunidade de se privar de sofrimentos. Esses sentimentos podem ser confirmados nas seguintes falas:

“[...] eu sou muito dura [...] não é colocado de uma forma dura que a realidade vai acontecer, que vai ser assim, então afasta de nós o sofrimento da família né, por que aí tu dá a notícia do óbito, providencia os papéis e assina e a dor e o sofrimento é da porta pra fora. Isso é uma realidade aqui, e a gente tem muito paciente terminal, muito” (Sujeito 08).

“É que eu não fico junto, lá com familiares, nunca fiquei, né, na hora que vão conversar com familiares [...] eu nunca pensei em ficar junto na hora [...] na real nunca fiquei perto [...]” (Sujeito 02).

“Não participo dessa abordagem” (Sujeito 07).

Nestas falas podemos evidenciar claramente a intenção de negação do envolvimento emocional, onde o negar aparece de forma a simplesmente não entrar em contato com as experiências dolorosas surgindo como defesa contra suas próprias fragilidades. Conforme Palú *et al.* (2004), o profissional de enfermagem desde a sua formação acadêmica está fundamentado na cura, e nela está sua maior gratidão, sendo assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com a morte, em geral sentem-se despreparados e tendem a se afastar dela.

A partir dos relatos dos sujeitos demonstraram-se os sentimentos vivenciados entre as enfermeiras. Destas a maioria revelam-se com um aumento de sensibilidade e compaixão para com os familiares presentes na Instituição, outras mostraram ser indiferentes, ou talvez despreparadas para lidar com a experiência de morte vivida pelos familiares do potencial doador.

4.3 A AVALIAÇÃO SOBRE O DESEMPENHO DA CIHDOTT

O papel da Equipe Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos é muito importante dentro da Instituição, não apenas para o encaminhamento correto dos protocolos, burocracias e destino dos potenciais doadores, mas também pela confiança e motivação que transmite aos funcionários por onde realizam seus trabalhos, mesmo que pareça ser em vão. Isso transparece nas seguintes falas: “[...] *sabem tudo, orientam a gente! Orientam certas coisas que não teve um treinamento, uma coisa assim [...]*” (Sujeito 02). “*O pessoal costuma se mostrar bem disponível, quanto a isso eles tentam fazer o melhor possível [...] a presença do profissional já é um fator de motivação [...]*” (Sujeito 03).

“*Elas são uma Comissão muito respeitada no hospital, muito respeitada, e as enfermeiras que estão nessa Comissão estão há anos, então tem uma coisa assim, não é glamour mas é um respeito mesmo pelas pessoas!*” (Sujeito 06).

“*Quando acontece de ter uma MC [...] O serviço mais rápido que funciona é o delas, se tu ligar em seguida elas já tão aqui, acho que isso funciona. Elas fazem todo o encaminhamento [...] elas são rápidas, elas fazem bem, o problema é o antes, elas não é o problema, elas funcionam bem!*” (Sujeito 10).

“*Eu vejo tanto essas gurias aqui, tantas vezes elas vêm aqui, mas eu não me lembro quando foi o último caso, que foi, que saiu daqui, mas eu vejo o pessoal da Comissão direto aqui, direto, direto, direto, nem telefonam, não! Vem direto! Vem pessoalmente!*” (Sujeito 02).

“[...] elas vêm durante todos os dias, se não vem telefonam durante todos os turnos [...] se faz uma busca ativa aqui dentro bem adequada [...]” (Sujeito 07).

“[...] quando eles são chamados eles são presentes, eles atuam, fazem a parte deles, dão o tipo de orientação, como proceder, a gente é orientado por eles todo, todo [...]. O momento que for chamado é uma equipe atuante” (Sujeito 01).

É tarefa da Comissão de Transplantes a monitorização constante nas UTI's com o objetivo de identificar pacientes com possível progresso para morte encefálica, para que os cuidados com o potencial doador iniciem antes da deterioração dos órgãos (RECH e FILHO, 2007).

No entanto, as opiniões não são unânimes no que se refere à CIHDOTT, há contradições a respeito da busca ativa nas unidades e possíveis dúvidas quanto ao envolvimento profissional do grande grupo, este sentimento é demonstrado nas próximas falas:

“Uma pessoa passa sempre, sempre que ela está de plantão ela passa, acredito que em todas as UTI's pra saber se há isso, as demais pessoas vem quando a gente chama! Eventualmente alguém liga assim, mas não é o comum, só quando a gente chama! [...]” (Sujeito 05). *“Têm diferença entre as pessoas do grupo, mas, eu acho que todo mundo procura fazer seu trabalho da melhor maneira possível”* (Sujeito 03).

“[...] a maioria vem e fala com o enfermeiro, alguns eu não sei, tem dias que eu acho que falaram com o médico de plantão porque não falaram com a enfermeira” (Sujeito 09).

“[...] alguns têm uma comunicação mais com os médicos eu acho porque não são todos que eu vejo todos os dias, não sei como é que é essa rotina deles, eu acho que conversam com o médico de plantão então” (Sujeito 09).

Mas no que se refere às habilidades técnicas, éticas e humanísticas as entrevistadas demonstram o mesmo ponto de vista em relação à Equipe de Transplantes, como podemos conferir nas próximas falas:

“Eu acho muito bom o trabalho das gurias, eu acho que é um trabalho atuante, acho que elas são muito presentes [...] eles são muito atuantes, que eles tecnicamente são muito bons, sabem bastante, dão aulas em vários lugares [...]” (Sujeito 06).

“[...] nunca vi um problema decorrente da abordagem delas [...] então certamente eu acho que a abordagem é adequada, porque se fosse inadequada tu irias ver um problema decorrente disso [...] nunca teve isso, então, mesmo não presenciando a abordagem, acredito que a abordagem seja adequada pelo efeito que ela dá [...]” (Sujeito 01).

“Eu acho que a equipe de transplantes eles são muito envolvidos, são muito capacitados tecnicamente [...] tem colegas muito convincentes, muitos seguros, a maioria deles é bastante, digamos assim embasados né, a maioria deles, tudo bem, nunca são iguais!” (Sujeito 09).

“[...] as pessoas que eu conheço mais, que são mais próximas a mim, que eu conheço há mais tempo, tenho certeza que vão ter toda a habilidade pra fazer isso, mas é muito subjetivo, a gente não acompanha” (Sujeito 05).

“[...] foram escolhidas ótimas pessoas eu acho, pessoas com perfil adequado, essas pessoas que se colocaram ou foram escolhidas eu acho que elas tem um perfil tanto ético como técnico adequado” (Sujeito 09).

Algumas das falas citadas anteriormente nos fazem pensar que a doação de órgãos poderia ter sido efetiva se houvesse um empenho maior por parte das equipes médicas. Contudo, apesar de esse ser o maior empecilho, a falta do diagnóstico adequado, não é o único que pode influenciar no sentido da não efetivação das doações. A falta de estrutura física apropriada para a abordagem familiar, as questões religiosas e a falta de comunicação entre os familiares também podem ser motivos da negativa da doação.

Segundo Rech e Filho (2007), a não identificação do paciente em morte encefálica, o manuseio inadequado do doador e a recusa familiar em doar os órgãos são alguns dos maiores fatores identificados como empecilhos no processo de doação, vindo de acordo com as opiniões dos nossos sujeitos de pesquisa.

“[...] eu acho que nos falta condições [...] de estrutura física. Se tu queres conversar com o familiar, tem que conversar em pé aqui na porta [...] não existe um acolhimento físico [...]” (Sujeito 06).

“[...] o ideal seria uma sala, ter uma estrutura física melhor né, pra fazer esse acolhimento, mas a gente trabalha com o que se tem” (Sujeito 05).

“[...] Pela legislação nós teríamos que ter uma sala adequada pra fazer isso, uma sala que tem que ter umas cadeiras, um local que eles possam até chorar, até expressar os seus sentimentos, e isso eles não tem [...]. Eles gritam, eles choram, eles se revoltam

[...] isso é feito num corredor aberto, isso não é certo, então é muito ruim isso, isso não é acolhimento! Pode interferir, isto pode interferir, infelizmente pode! (Sujeito 04).

“[...] eles não têm uma sala adequada pra abordar o familiar, vem aqui no vestiário, usam a nossa salinha pra poder conversar com a pessoa [...] o pessoal que vem pra ver o familiar fica todo mundo de pé aí no corredor [...]” (Sujeito 03).

“[...] não tem área física, que é essencial [...] pra abordar a família, mas se trabalha da mesma forma, com mais dificuldades, se expõe a família a algumas situações porque não existe privacidade [...]” (Sujeito 07).

“[...] as pessoas recebem as notícias no corredor onde circulam outras pessoas, não tem uma área física [...] a equipe médica não tem uma sala pra conversar com os familiares, isolada, tranqüila, que as pessoas possam sentar, é tudo no corredor, na cabeceira do leito, não tem, a Instituição não tem esse acolhimento” (Sujeito 08).

“[...] existe uma lei que só quem pode conversar com o familiar sobre transplante [...] solicitar [...] é a equipe de transplante, não pode ser o profissional que tá com o paciente, então nós dependemos muito deles, nós que estamos na assistência” (Sujeito 09).

Conforme Rech e Filho (2007), a entrevista familiar é um momento delicado no processo de doação, porque concretiza para a família a morte, devendo acontecer em ambiente calmo, que acomode aos familiares e amigos que queiram participar nesse encontro, promovendo conforto e privacidade para os mesmos.

Para Souza e Barreto (s/d), o pedido a doação de órgãos é sempre feito em um momento desfavorável por isso é preciso que se adotem condutas de aproximação pessoal criando condições propícias à doação, evitando conversar com a família em corredores, a beira do leito ou em capelas.

“[...] os médicos não têm interesse, não sei se é porque tem uma grande maioria que é Judeu né, não sei se isso tem a ver, mas tem uma grande maioria que são, e aqueles que são adeptos a fazer os testes não são, eles são Católicos e até inclusive Espíritas” (Sujeito 04). *“[...] tem uma grande quantidade de funcionários aqui que são Espíritas [...]. Os Espíritas são mais adeptos [...] e eles são amplamente Espíritas [...] até médicos, têm bem claro, não tem nada de se esconder, de ir por trás, não”* (Sujeito 04).

“[...] eu acho que a questão religiosa também influencia bastante, têm pessoas que sei lá, vinculada a alguma religião se fecham completamente, com os valores pessoais [...]” (Sujeito 05).

“Acho que tem muito a ver com religião [...] eu acho que a maioria católica, eu acredito que acaba sendo um entrave muito grande pra doação porque o católico acredita que tem que deixar a morte acontecer, tem que deixar tudo correr ao natural, mas se tu deixa correr ao natural tu não faz a doação [...]” (Sujeito 10).

“[...] muitas pessoas não falam sobre isso com seus familiares e aí fica difícil, como é que tu vai decidir por uma pessoa com quem tu nunca conversou sobre morte [...]. Como fazer, é difícil, triste também, porque é um momento de dor e sofrimento e tu tem que decidir uma coisa que tu não sabe se era a vontade da pessoa, por isso que muitas vezes eu acho que não acontece a doação [...]” (Sujeito 06).

“[...] tinha que ser dito assim “converse com a sua família, diga que você é doador” acho que isso é um slogan que podia ser criado” (Sujeito 06).

Desconhecer os desejos do seu familiar sobre doação de órgãos é uma das principais razões declaradas pelas famílias não-doadoras, confirmam Rech e Filho (2001). O que se percebe nos relatos sobre o desempenho da CIHDOTT é que estes profissionais desempenham além das funções técnicas com os pacientes potenciais doadores, eles transmitem confiança e promovem a motivação através das orientações que dispensam aos enfermeiros da Unidade, são elogiados quanto a suas atuações e no que se refere às habilidades éticas e humanísticas. A estrutura física da Instituição é reconhecida pelos enfermeiros como um dos fatores negativos a aceitação da doação, pelo fato de os familiares não terem espaço para ficar a vontade e conversar entre si ou com os médicos, foi citado também dentre os empecilhos para a efetiva autorização à doação de órgãos as questões religiosas e a falta de comunicação previa sobre a morte entre os familiares.

4.4 A NECESSIDADE DE TREINAMENTO PARA PROMOVER A MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL E PESSOAL NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES

Como fica claro em algumas falas anterior, uma das necessidades da equipe de enfermeiros é a motivação e o interesse relacionados à maioria dos médicos, porém, não foram apenas estas as dificuldades citadas pelos nossos sujeitos de pesquisa, entre outros motivos apareceram à falta de conhecimentos técnicos deixando evidente a necessidade de treinamento para segurança no trabalho e como fator motivacional, assim como a falta de recursos humanos suficientes para atender a demanda de pacientes.

Conforme Silva e Padilha (2001), os profissionais que cuidam de pacientes de maior complexidade necessitam estar mais capacitados para atuar de forma segura e competente, pois a falta de formação, teórico-prática, freqüentemente propicia o aparecimento de erros no decorrer da assistência. Estas preocupações foram comumente encontradas nas seguintes falas:

“Olha eu não domino a rotina porque eu não faço, os protocolos, isso aí eu não conheço, realmente eu não sei [...] explicar pra ti como é que funciona quais são os reflexos eu não sei, que a gente praticamente não faz. Eu até um dia eu sabia [...]” (Sujeito 10).

“[...] acho que fazer treinamento, de repente mais palestras, até treinamento pra equipe médica, principalmente com a equipe médica né, acho que a enfermagem também, mas a equipe médica ela direciona muito à doação [...]” (Sujeito 01).

“Nós não estamos preparados, a gente precisa mais é de preparo, nós, os médicos, os auxiliares, todo mundo [...]. Precisaria de um treinamento, uma coisa pra estimular um pouco mais” (Sujeito 02).

“[...] não confia de que o paciente está mesmo em morte encefálica, mesmo fazendo os testes eu sinto que muitos médicos não têm a segurança [...]” (Sujeito 10).

“[...] e eu acho que a motivação aqui é muito pouca entre alguns médicos [...] eles fogem pra tu pedir [...] não querem saber de teste, não querem saber de nada disso [...] eles inventam uma história [...] “não, o paciente tem drive respiratório [...]”, mas é sempre que com os mesmos médicos, sempre as mesmas coisas [...] eles não dizem “não, eu não vou fazer”, simplesmente eles dão uma driblada e vão embora” (Sujeito 04).

“É só o fato assim, até pra estimular, mais treinamento do pessoal, de todo mundo, pra vê bem, mostrar assim até o significado [...]. Quantos receberam [...]” (Sujeito 02).

“E, tem muitas falhas! Tem gente que sabe muito e tem gente que não sabe nada e também não se interessa, o importante é aprender mais as coisas, estar mais seguro pra poder orientar lá um familiar, às vezes tem gente com informação e que te aperta né! Tem que ter segurança nesse tipo de trabalho [...]” (Sujeito 03).

“[...] se existe uma informação mais adequada, eu acho que isso aí fica mais fácil pras pessoas se motivarem à doação” (Sujeito 03).

“[...] acho que tinha que ter mais treinamento [...] eu acho que podia ter algumas palestras em relação a isso, pra esclarecer [...] tem várias coisas assim que a gente sabe por que tá acostumado a trabalhar [...] muitas coisas tu conhece, foi aprendendo com a prática!” (Sujeito 05).

“[...] o domínio técnico da equipe médica, nem todos têm, existe insegurança por parte de alguns profissionais [...] eu acho que eles não têm um [...] treinamento [...] pegar e

chamar assim estes profissionais, olha, se trabalha assim, ou, o protocolo é feito desse jeito [...] não tem o nivelamento, eu acho que tinha que padronizar” (Sujeito 03).

“[...] já aconteceu de um dia [...] isso não foi agora, algum tempo atrás, tinha um médico aqui e tinha um paciente pra o teste e ele disse assim “Bah e eu não sei fazer, tu me ajuda”?” (Sujeito 04).

“[...] se tu tens um médico que não é a favor da doação de órgãos, tu não tens como fazer, fica trancado, então acho que tem que ter um estímulo da equipe médica e a partir daí trabalhar as outras equipes” (sujeito 06).

Para Silva e Padilha (2001), podem ser consideradas como deficiências determinantes do atendimento, tumultuando e estressando os profissionais, entre outros, que os elementos que compõem a equipe de atendimento não estejam presentes e que não haja o treinamento específico das atividades, dando ênfase às falas dos sujeitos.

“[...] não tem assim um funcionário que possa dar a devida atenção pro preparo desse corpo ou desse doador [...] tu tens lá digamos quatro funcionários pra oito pacientes na UTI, pacientes graves, em ventilação [...]” (Sujeito 03).

“[...] a gente não tem nem tempo nem equipe pra fazer isso aí [...] a gente não tem uma equipe de Pronto aqui, porque eu acho assim que não é só o enfermeiro, acho que teria que ter uma equipe pronta pra atender esse familiar, e isso não acontece [...]” (Sujeito 10).

Conforme a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital Pompéia – Caxias do Sul – RS (2006), dentre as atribuições da CIHDOTT estão: promover a educação continuada da Instituição, capacitando os funcionários sobre os aspectos de doação e captação de órgãos e tecidos, assim como divulgar através de painel permanente depoimentos, reportagens e estatísticas para conhecimento de todos.

A falha no treinamento, referenciada nas falas anteriores, muitas vezes é compensada com a iniciativa própria dos enfermeiros. Muitas vezes as integrantes da CIHDOTT, funcionam como um agente multiplicador de conhecimentos e motivacional, como podemos perceber através das seguintes expressões:

“[...] a enfermeira “X” da CIHDOTT me ensinou muitas coisas que eu sei, dos parâmetros de pressão, da temperatura, dos intervalos de avaliação do neuro, mas não é uma coisa que eu tenho domínio, com certeza” (Sujeito 08).

“[...] a gente tem muitas duvidas! Tanto as enfermeiras quanto a equipe de técnicos, porque a gente precisa mais coisas, mais conhecimento até pra poder ajudar a notificar, avisar [...]” (Sujeito 06).

De acordo com a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital Pompéia – Caxias do Sul – RS, algumas das condições imprescindíveis para o sucesso das ações da Comissão é “sensibilizar os profissionais atraindo-os à causa, tornando-os co-participes, não meros cumpridores de rotinas” (2006, p. 25), assim como, “articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos e morais” (2006, p. 27).

Em outros depoimentos em relação aos fatores motivacionais fica evidenciado o interesse em receber um retorno por parte da Comissão de Transplantes de seus trabalhos dispensados á estes potenciais doadores e ao poder de coesão que pode ter a mídia.

“[...] quantos estão vivos até hoje? Quantos receberam um rim e saíram da hemodiálise e tão vivos até hoje? Quantos receberam pulmão, quantos receberam e saíram daqui [...]” (Sujeito 02).

“[...] mostrar casos assim: quantos pacientes saíram daqui? Quantos? Alguma coisa que estimule nós, assim, casos que aconteceu [...] pra estimular né!” (Sujeito 02).

“[...] o que seria interessante também seria um retorno disso pra equipe, isso também nunca é feito [...] tu não tem um retorno de olha esse paciente conseguiu salvar cinco vidas, que seja né, eu nunca tive esse retorno, e é uma coisa importante [...]” (Sujeito 05).

“[...] essa questão do retorno, talvez, não sei se estimularia, mas seria alguma coisa de que as pessoas veriam o que foi feito, na verdade seria o final do seu trabalho!” (Sujeito 07).

“Uma coisa que a gente não tem aqui é realmente vê aquele paciente porque que não doou [...] identificar, aquele paciente não doou porque o médico não fez o encaminhamento adequado, porque não foi diagnosticada morte encefálica no tempo certo [...] se hoje evoluiu um paciente pra morte encefálica e não for, por que não foi? e se for investigar aí tu consegues ver qual é [...] o porquê que não tão fazendo [...]” (Sujeito 01).

“[...] eu acho que eles podiam fazer palestras, explicar pra gente quais são os últimos estudos, as últimas coisas que se tem tanto em legislação como na parte ética, eu acho que em termos de conhecimento, de virem, de conversar e explicar pra nós e pra equipe [...]” (Sujeito 10).

“[...] quando tem um caso e bota na televisão às pessoas ficam tão assim, sabe, que muitos casos acho que doaram porque viram na televisão, e poucas vezes que aparece na televisão, poucas vezes que aparece, são poucos casos, eles deviam mostrar mais, acho que daí as pessoas se emocionam, vêem tanta gente feliz” (Sujeito 02).

Conforme os depoimentos evidenciam-se a falta de conhecimentos e habilidades técnicas por parte das enfermeiras desta unidade em relação ao contexto geral da morte encefálica. Manifestam-se a favor de treinamentos para que estejam mais capacitadas para desempenhar suas funções e sugerem receber um retorno por parte da CIHDOTT em relação aos casos de efetiva doação de órgãos até mesmo como um fator de motivação e estímulo do processo de captação e doação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, foi possível, através dos relatos obtidos, contemplarmos os objetivos deste estudo: conhecer a opinião dos enfermeiros da UTI Clínica sobre as atividades desenvolvidas pelos integrantes da CIHDOTT no processo de doação e captação de órgãos; Identificar a participação da equipe da UTI Clínica no processo de diagnóstico de morte encefálica e captação de órgãos e identificar sugestões para ampliar o processo de captação e doação na unidade.

Através dos resultados, tivemos a oportunidade de conhecer na visão das enfermeiras, o funcionamento da equipe multidisciplinar dentro desta unidade, qual é o posicionamento de médicos, dos enfermeiros e da equipe de técnicos de enfermagem frente a um caso de potencial morte encefálica e potencial doador de órgãos.

Nesse sentido, verificamos que não são todos os profissionais das diferentes equipes que estão preparados tecnicamente para lidar com esse tipo de situação, ficando evidenciado as diferenças de condutas, e a falta de interesse da maioria dos médicos em diagnosticar a morte encefálica e acionar o sistema necessário para desencadear o processo de doação.

As omissões ou falhas do processo de diagnóstico e sustentação do potencial doador geram insatisfação e frustração entre as enfermeiras que se mostram mais sensíveis e aderentes ao processo de doação e transplante de órgãos.

Em relação aos familiares, destacamos alguns sentimentos manifestados pelas entrevistadas, a maioria das enfermeiras sente-se mobilizadas com a experiência de morte vividas pelos familiares do potencial doador, enquanto outras consideram que o estado terminal deveria ser colocado de forma a se fazer compreender pelos familiares, que muitas vezes continuam apegados a pequenos fatos por não terem aceitado o estado sem volta do paciente.

Constatarem-se também entre as expressões, as opiniões em relação ao desempenho profissional da CIHDOTT, nestas, fica evidenciado que o trabalho desempenhado por esses profissionais é bastante eficaz, chegando a ser considerado por algumas enfermeiras como o de maior agilidade dentro de todo esse processo de doação e captação de órgãos; fica exposta também a consciência de que o relacionamento familiar, no que se refere à solicitação da doação de órgãos é de responsabilidade das Comissões, estando legalmente amparadas e habilitadas para essa função.

Não podemos deixar de ressaltar que houve a demonstração unânime do interesse pelo aumento dos conhecimentos em relação à todas as etapas do processo de captação e doação, assim como o importância em receber um retorno de seus trabalhos por parte da Comissão de Transplantes, incluindo o número de pacientes que efetivaram-se nas doações, a quantidade de órgãos doados e estatísticas relacionando a oferta e a demanda de órgãos. Evidenciamos também a necessidade desses profissionais em ter um

conhecimento sólido, pois a falta de formação teórico-prática propicia a manifestação de erros e naturalmente ao insucesso de toda ação.

O investimento em treinamento para os profissionais e a elaboração de protocolos para nortear a assistência prestada podem proporcionar menor risco e maior segurança em todas as etapas dos processos assistenciais.

Salientamos por fim que obtivemos sucesso na realização desta monografia, pois foi possível conhecer o processo de captação e doação de órgãos e as necessidades desta equipe através das opiniões dos enfermeiros da UTI Clínica.

Sendo assim, finaliza-se este estudo com contentamento e com desígnio de poder contribuir, através deste, com os profissionais da saúde que trabalham neste campo de atuação podendo, desta forma, despertar reflexões sobre como ocorre e o que pode ser feito para maximizar esse processo.

REFERÊNCIAS

ADOTE. Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos. *Uma lição de vida - Doação de órgãos na sala de aula. Do doador ao receptor: uma profunda relação entre seres humanos*. Disponível em: <http://www.adote.org.br/projetos/proj_licao_03.htm>. Acesso em: 18 ago. 2007.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. Do Lugar do Corpo ao Não-Lugar da Doação de Órgãos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 13, n. 1, 2000.

BORGES, Heitor de França. O Papel dos Profissionais da Saúde na Doação de Órgãos. Public. *Jornal InformABEn*, Jan./Fev./Mar., 1996. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br:2080/Transplantes.nsf/df2eca45f250ee1b83256f6200529dbd/4e1200c2d8bc98ac83256f9c006272b5?OpenDocument>>. Acesso em: 18 ago. 2007.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de Estudantes de Enfermagem sobre Morte e Morrer. Ver. *Esc. Enfermagem USP*, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. *Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União, p. 21082-21085, 1996.

CAMPOS, Josemberg Marins. *A doação de órgãos*. Disponível em: <http://www.transplantes.pe.gov.br/arquivos/doacao_orgaos.doc>.

CARDOSO, José Henrique; GREGORI, José; SERRA José. *Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001*. D.O.U. – Diário Oficial da União; Poder Executivo, 24 mar. 2001. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisr.php?id=471&word=>>>. Acesso em: 08 mar. 2008.

CARVALHO, Eduardo Freese de. *Tráfego de órgãos: Quais os verdadeiros vilões?* Informe CPqAM, Fiocruz - MS, Recife - PE, ano IX, nº 9, 2003. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/comunicacao/informe/InformeNovDez03.pdf#search=%22pro%20cesso%20decis%C3%B3rio%20de%20doa%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%B3rg%C3%A3os%22>>. Acesso em: 05 out. 2006.

CASELLA, Erasmo Barbante. *Morte encefálica e neonatos como doadores de órgãos*. *Pediatria*, São Paulo, v. 25, n. 4, p.184-190, 2003.

CIHDOTT, Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital Pompéia. Caxias do Sul – RS. 2006.

DALRI, Maria Barcelos; ROSSI, Lídia Aparecida; CARVALHO, Emilia Campos de. Aspectos Éticos e Legais das Anotações de Enfermagem nos Procedimentos de Doação de Órgãos para Transplantes. Ver. *Esc. Enf. USP*; V. 33, pág. 224-230; 1999.

DUARTE, Gabriela. *Aumenta o número de pessoas na espera por um transplante de órgãos*. 2007. Disponível em: <http://www.nominuto.com/cidades/aumenta_o_numero_de_pessoas_na_espera_por_um_tra_nsplante_de_orgao/7382/>. Acesso em: 05 out. 2007.

FONSECA, Maria Aparecida de Abreu; CARVALHO, Alysson Massote. *Fragmentos da Vida: Representações Sociais de Doação de Órgãos para Transplantes*. v. I. X, n. 20, p. 85- 108, 2005.

FREITAS, Genival Fernandes de; OGUISSO, Taka; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Ocorrências Éticas de Enfermagem: Cotidiano de Enfermeiros Gerentes e Membros da Comissão de Ética de Enfermagem. Ver. *Latino-am Enfermagem*, 2006.

GARCIA, Valter Duro. A Política de Transplantes no Brasil. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 2006.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MESQUITA, Waldir Paiva; NETO, Antonio Henrique Pedrosa. *Conselho Federal de Medicina: Critérios para a Caracterização de Morte Encefálica. Resolução n.º 1.480, 8 de agosto de 1997*. Acesso em: 25 ago. 2007.

MINAYO, Cecília S.; DESLADES, Suely Ferreira; GOMES, Otávio C. Romeu. *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 26 ago. 2007.

PALÚ, Ligia Aparecida; LABROCINI, Liliana Maria; ALBINI, Leomar. A Morte no Cotidiano dos Profissionais de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. *Cogitare enferm.*, v. 9, n. 1, p. 33-41, jan./jun. 2004.

PITREZ, Maria Fernanda Goetzke. Aspectos Legais dos Transplantes no Brasil. In: *Palestra realizada no III Encontro Regional de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes do Rio Grande do Sul*. Pelotas, 25-26 abr. 2002. Disponível em: <<http://adote.org.br/mfgp.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2007.

QUINTANA, Alberto Manuel; KEGLER, Paula; SANTOS, Maúcha Sifuentes dos; LIMA, Luciana Diniz. *Sentimentos e Percepções da Equipe de Saúde Frente ao Paciente Terminal*. Paidéia, 2006.

RECH, Tatiana H; FILHO, Édson Moraes Rodrigues: Entrevista familiar e consentimento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 1. n. 19, 2007.

SABINI, Tatiane L. *Vivências da equipe intra-hospitalar de transplante de órgãos de um hospital de pronto socorro*. Monografia Graduação de Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo: Unisinos, 2004.

SADALA, Maria Lúcia A. *A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores*. J Brás Nefrol, 2001.

SADALA, Maria Lúcia A. *Doação de Órgãos: A experiência de Enfermeiras, médicos e familiares de doadores*. São Paulo: UNESP, 2004.

SANTOS, Claudia Carina Conceição dos. *O conhecimento e a adesão de acadêmicos de enfermagem ao processo de doação de órgãos para transplante*. Monografia de Graduação de Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo: Unisinos, 2007.

SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Processo de doação de órgãos: Percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, 2005.

SILVA, José Agenor Álvares. *Portaria GM/MS N° 1.262 de 16 de junho de 2006*. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de_saude/transplantes-implantes/Portaria_1262.pdf>.

SILVA, Sandra Cristine da; PADILHA, Kátia Grillo. Parada Cardiorrespiratória na Unidade de Terapia Intensiva: Considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. *Rev. Esc. Enfermagem*, USP, 2001.

SOUZA, Sidney Júlio de Farias e; BARRETTO, Stella. *Entrevista da família para a obtenção de órgãos e tecidos para transplante*. Atualização continuada, [s/d]. Disponível em: <<http://www.abonet.com.br/abo/atcont10.htm>>.

STEINER, Philippe. A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias. *Tempo Soc. São Paulo*, v. 16, n. 2, Nov. 2004.


TEIXEIRA, Gilberto Linhares; SILVA, Carmem de Almeida. *Resolução COFEN nº 292/2004*. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r292.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2007.

TORRES, Wilma da Costa. A Bioética e a Psicologia da Saúde: Reflexões Sobre Questões de Vida e Morte. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 3, 2003.

TREVISOL-BITTENCOURT, Paulo César; LI SHIN MIN; Thomas Mardaus, COLARRES, Carlos Fernando. *Critérios diagnósticos de morte encefálica*, 2003.

O PROCESSO DE CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: OPINIÃO DE ENFERMEIROS DE UMA UTI CLÍNICA

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

O PROCESSO DE CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: OPINIÃO DE ENFERMEIROS DE UMA UTI CLÍNICA

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br