

CUIDADO AO POTENCIAL DOADOR: PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM

CARE TO POTENTIAL DONOR: PERCEPTIONS OF A NURSE TEAM

CUIDADO AL DONANTE POTENCIAL: PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Aline Mota de Almeida¹
Evanilda Souza de Santana Carvalho²
Geovana Messias Cordeiro³

Pesquisa qualitativa, com o objetivo de conhecer as percepções de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado ao potencial doador. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, aplicada entre janeiro e março de 2011. Os resultados apontam que a equipe de enfermagem percebe o cuidado ao potencial doador como um cuidado que objetiva a preservação de órgãos e é favorecido por disponibilidade da tecnologia e de uma equipe multiprofissional na UTI, mas é complexo por envolver aspectos psicoemocionais e psicossociais sobre a morte. Concluiu-se que cuidar do potencial doador de órgão evoca, na equipe de enfermagem, sentimentos e crenças sobre morte e morrer que resultam em conflitos, negação e distanciamento que podem comprometer a qualidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Doador de órgãos. Doador de tecidos.

A qualitative research, aimed at understanding the perceptions of a nursing team in relation to the care to a potential donor. Data was collected through semi-structured interviews, performed between January and March 2011. The results demonstrated that the nursing staff perceives the care to the potential donor as a caution that aims to preserve organs, favored by availability of technology and a multidisciplinary ICU team, but it is complex because it involves psycho-emotional and psychosocial aspects of death. It is concluded that care to potential organ donor evokes feelings and beliefs about death and dying, resulting in conflicts, denial and detachment that can compromise the care quality.

KEY WORDS: Nursing care. Organ donor. Tissue donor.

Una investigación cualitativa con el fin de conocer las percepciones de un equipo de enfermería sobre el cuidado al potencial donante. Los datos fueron recolectados a través de entrevista semiestructurada, aplicada entre enero y marzo de 2011. Los resultados mostraron que el personal de enfermería percibe el cuidado del potencial donante como un cuidado que objetiva preservar órganos favorecidos por la disponibilidad de la tecnología y un equipo multidisciplinario en la UCI, pero es complejo porque involucra aspectos psico-emocionales y psicossociales de la muerte. Se concluye que la atención a los donantes potenciales de órganos evoca, en el equipo de enfermería, sentimientos y creencias sobre la muerte y el morir que resultan en conflictos, la negación y el desapego que puede comprometer la calidad de la atención.

PALABRAS-CLAVE: Cuidados de enfermera. Donante de órganos. Donante de tejidos.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Especializações nas áreas de Nefrologia, Administração em Sistemas de Saúde e Saúde Pública. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Assessora Acadêmica da Pró-Reitoria de Graduação e Coordenadora do Pró-Saúde II da Universidade Estadual de Feira de Santana e do Pró-Saúde e PET-Saúde na Rede SUS de Feira de Santana. Atua na Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem-Regional Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. alinedamota@uol.com.br

² Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana. Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana. evasscarvalho@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Pós-Graduada em Terapia Intensiva - Residência Multiprofissional em Saúde, Núcleo de Terapia Intensiva. geo_messias@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Potencial Doador (PD) de órgãos e tecidos é o indivíduo com morte primariamente encefálica ou cardíaca, diagnosticada e declarada nos termos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), de quem se poderá retirar órgãos e tecidos ou partes do corpo para transplante (PASSOS et al., 2014). Este necessita de cuidados de manutenção contínuos, já que apresenta alterações endócrinas, metabólicas e cardiovasculares importantes. Seus dados vitais precisam ser preservados dentro de parâmetros de estabilidade hemodinâmica, adequada ventilação e controle metabólico, o que manterá uma adequada perfusão dos órgãos e tecidos a fim de que os órgãos estejam aptos para a doação (AGNOLO; ALMEIDA, 2011).

Todo esse cuidado é requerido por se configurar em uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças que causam insuficiências ou falências de alguns órgãos ou tecidos, além de determinar a melhoria na qualidade e na perspectiva de vida das pessoas acometidas por tais doenças (PESTANA et al., 2013).

A identificação de um PD requer diagnóstico adequado e precoce de morte encefálica (ME) e sua confirmação é uma exigência legal realizada por meio de duas avaliações clínicas e um exame complementar. Essas avaliações devem ser feitas em intervalos mínimos variáveis, de acordo com a faixa etária do PD, por dois médicos diferentes, sendo um deles neurologista, neurocirurgião ou neuropediatra (AGNOLO; ALMEIDA, 2011).

Independentemente da constatação de ME, a equipe de enfermagem adota cuidados de manutenção do PD, visando assegurar a vida. Diante da suspeita ou constatação de ME, percebe-se uma mobilização de sentimentos, crenças e valores de todos os envolvidos, sejam familiares, amigos ou profissionais que cuidam, exigindo destes últimos uma qualificação específica para enfrentar tais situações, cada vez mais comuns, em função do crescente fenômeno da morbimortalidade por causas externas.

A escolha do tema o cuidado de enfermagem ao potencial doador de órgãos e tecidos numa

unidade hospitalar de emergência, neste estudo, justifica-se por ser recente a implantação do serviço de captação de órgãos, o que imprime uma nova perspectiva de cuidado que não objetiva a cura ou reabilitação dos corpos, mas a manutenção do corpo como instrumento que possibilita a viabilidade de órgãos para a reabilitação de outros sujeitos adoecidos. Nesse sentido, implica em negociação de saberes, crenças e valores em torno de temas cercados de tabu, como a questão de “quando termina a vida e quando se inicia a morte”.

Assim, diante do exposto, este estudo buscou responder à seguinte questão: Como os profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público compreendem o cuidado ao potencial doador (PD) de órgãos e tecidos? Para respondê-la, este estudo objetivou conhecer as percepções de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado ao potencial doador em unidade de terapia intensiva.

Este estudo justifica-se por contribuir para preencher lacunas do conhecimento acerca do cuidado ao PD, favorecer a formação acadêmica e a educação permanente de profissionais de saúde, promover reflexões sobre o cuidado oferecido no cenário em estudo. Além disso, por estimular pesquisas focadas na realidade de pessoas fora de possibilidades terapêuticas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, desenvolvida em um hospital público de grande porte vinculado à rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. O referido hospital está localizado num município polo de atenção do SUS, referência de urgência e emergência para mais 126 municípios pactuados pela Secretaria Municipal de Saúde. Atende a uma população estimada, entre residentes e flutuantes, em torno de 4 milhões de pessoas e realiza mensalmente uma média de 7 mil atendimentos (BAHIA, 2015), nos três

níveis de atenção, com diversas especialidades, tais como: emergência, clínica médica, pediatria, ortopedia, obstetrícia, gestação de alto risco e clínica cirúrgica.

Participaram da pesquisa os profissionais da equipe de enfermagem que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: pertencer ao quadro de enfermagem do hospital, atuar na unidade de terapia intensiva adulto, trabalhar em escalas de plantão que oportunizassem atuar nos três diferentes turnos de trabalho, referisse já haver cuidado de pessoa potencial doadora de órgãos ou tecidos naquela unidade. Não foram estabelecidos critérios de exclusão. No período da coleta de dados, janeiro a março de 2011, havia 35 profissionais de enfermagem atuando na UTI-adulto, dentre estas 16 enfermeiras e 29 técnicos de enfermagem. Participaram 18 profissionais, dos quais 9 eram enfermeiras e 9 eram técnicas de enfermagem, todas do sexo feminino, com idades entre os 25 a 52 anos. O tempo de serviço no hospital variou de 4 meses a 25 anos, e o tempo de atuação na UTI foi de 4 meses a 15 anos.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro composto de duas partes: uma explorou as características dos participantes; a outra, com cinco questões norteadoras relacionadas à temática, visou atender o objetivo proposto. As entrevistas foram coletadas em horário e dia previamente agendados, individualmente e em sala reservada da UTI, o que assegurou a privacidade das participantes e a qualidade da gravação para posterior transcrição do conteúdo. Cada entrevista teve duração média de 45 minutos. Em nenhum momento foram observadas manifestações de emoções por parte das participantes ao tratar do tema.

A produção dos dados teve início após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, pelo Parecer n. 159/2010. Todas as participantes foram informadas dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando assegurar o anonimato das participantes, foram utilizadas as letras E para as enfermeiras e T para as

técnicas de enfermagem, seguidas do número de ordem da ocorrência das entrevistas. Exemplo: E1 até E9 e T1 até T9.

As respostas das entrevistadas foram gravadas e transcritas na íntegra, constituindo o *corpus* de análise, o qual foi submetido às três etapas da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011): pré-análise realizada com leitura flutuante preliminar; exploração do material por meio de leituras exaustivas para a seleção das convergências e identificação de núcleos de sentido; organização e descrição das categorias temáticas com inferências baseadas na contextualização do objeto de investigação.

RESULTADOS

A análise dos dados coletados possibilitou a emergência de duas categorias que permitiram conhecer como os profissionais de enfermagem percebem o cuidado ao potencial doador de órgãos no contexto da terapia intensiva, as quais serão descritas a seguir.

Cuidado realizado para preservar órgãos favorecido pela tecnologia e equipe disponível na UTI

Nesta primeira categoria, as participantes evidenciaram que cuidar de uma pessoa PD requer uma atenção dobrada, para evitar a aplicação de drogas que prejudiquem os órgãos, controlar rigorosamente os eletrólitos, buscar manter temperatura corporal, e proteger os olhos dessas pessoas. Cuidados inerentes a um paciente em estado crítico, como higiene, mudança de decúbito, massagem de conforto, administração de medicamentos e soluções, monitorização dos sinais vitais e alimentação, são mantidos, contudo é necessária maior vigilância nesse cuidado, para garantir a possibilidade de doação dos órgãos da pessoa que se encontra em ME. “Potencial doador, para mim, é como um paciente grave, como todos os outros; então os cuidados são intensivos... penso e vivencio ele como um paciente grave.” (E7). “Os cuidados que prestaria a qualquer outro paciente, tomando

todas as medidas de preservação dos órgãos vitais, para que possa se tornar um doador viável.” (E6). “A gente tem que estar o tempo todo alerta, requer mais tempo. Você tem que ficar mais atento ao cuidado [...] Quando ele é um PD, as coisas se voltam mais pra ele e, justamente, precisa de maior tempo.” (T8).

Visando a conservação dos órgãos, as participantes elencam cuidados que consideram específicos para um Potencial Doador, como: controle de débito urinário, oferta de alimentação, manutenção de temperatura, aferição de sinais vitais, infusão de soluções salinas, dosagem de hemoglobina, infusão e controle de drogas vasoativas e oferta de oxigênio.

Um cuidado ressaltado pelas entrevistadas está em conservar as córneas, visto que parecem ser vulneráveis à perda de líquido e podem ser ulceradas quando os olhos permanecem abertos, além de serem, comumente, os primeiros órgãos captados para transplante.

“A gente tem que ter uma visão mais crítica e evitar, junto com o médico, o uso de drogas que possam comprometer; observar a dosagem de sódio, que pode levar a poliúria e aí ele fica com hipernatremia. A gente fica preocupada em preservar os órgãos vitais, que são o coração, rim, fígado.” (E2).

“[...] atentar para a hipotermia, porque paciente que está em morte encefálica, ele tem tendência a fazer hipotermia, e isso vai danificar alguns órgãos e impossibilitar a doação.” (E6).

“Agora a gente usa um colírio ou pomada, deixa fechado, porque, como a gente colocava antes a gaze umedecida com soro fisiológico, ressecava as pálpebras, as córneas e aí não valia mais para uma doação [...]” (T3).

Ainda nesta categoria, as participantes afirmam que a UTI é um cenário que reúne condições para facilitar a oferta de cuidados e assegurar a vitalidade dos órgãos do PD, a exemplo de ter uma equipe multidisciplinar presente nas 24 horas, que assista continuamente a pessoa, além de

disponibilidade de medicações variadas e aparato tecnológico.

“Aqui a gente tem os equipamentos melhores, pode dar suporte a esse paciente, tanto é que o paciente suspeito de ME vem pra UTI, porque é onde tem o suporte. Aqui tem a medicação e os aparelhos necessários, que podem fazer com que ele evolua realmente para doar os órgãos. E aqui tem uma menor quantidade de pacientes para cuidar. Então, isso facilita para gente e, na verdade, tem mais atenção.” (T2).

“Aqui nós temos uma equipe multiprofissional [...] médicos 24 horas, a enfermeira, a equipe toda treinada para cuidar desse paciente. Então, a facilidade é que nós temos todas as possibilidades disponíveis para manter esse paciente viável.” (E4).

Ademais, ressaltam que a existência de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) no hospital e sua proximidade com a UTI constitui-se num elemento facilitador para o cuidado e manutenção do PD. “Tem uma equipe do CIHDOTT que é específica para esses casos aqui, que todos os dias vem saber como o paciente está, viabiliza os exames que tem que fazer, o eletroencefalograma que vem de Salvador [...]” (E4). “[...] hoje a gente já sabe mais um pouco, porque a gente participou de um curso sobre doação de órgãos, e a gente ficou um pouco sabendo mais. A gente viu mais vídeo, a gente viu mais fita, a gente ouviu mais palestras de alguns profissionais.” (T3).

Cuidado complexo por envolver aspectos psicoemocionais e psicossociais relacionados à morte

Nas informações organizadas nesta categoria, as participantes revelaram inúmeros aspectos que tornavam o cuidado a um PD delicado de ser realizado, tais como: estrutura e organização da unidade, planejamento e gestão do cuidado à evocação de crenças, valores e sentimentos acerca da morte e do morrer.

A menção das participantes às limitações estruturais da unidade para a oferta do cuidado ao PD revela-se contraditório ao percebido em relação à UTI como um lugar que reúne equipe e condições favoráveis a esse cuidado, evidenciados na primeira categoria.

Assim, essa categoria elenca que, na unidade estudada, o cuidado ao PD está atrelado à prescrição médica, aspecto relacionado ao planejamento e à gestão do cuidado. Embora esta dependência da prescrição médica seja usual nos cenários hospitalares, depreende-se, diante de situações de finitude da vida, em que os cuidados de manutenção da vida, como nutrir, higienizar, hidratar e mobilizar sejam da esfera de poder da Enfermagem, que não exigiria a presença do médico para assegurá-los. Entretanto, é preciso refletir também que esses mesmos cuidados não são suficientes para manter a viabilidade de órgãos a serem transplantados, o que indica que a equipe de enfermagem não tem clareza sobre a natureza de cuidados destinados ao PD por parte de cada profissional da equipe multidisciplinar. “O cuidado geralmente é através da prescrição médica [...] A gente depende muito do médico, do cuidado do médico, da prescrição. O que ele vem fazendo, a gente vai seguindo aquilo, e os cuidados gerais da enfermagem.” (T2). “O médico faz algumas alterações, os cuidados específicos para ele [...] Tem alguns cuidados que a gente tem, assim, a enfermagem sinaliza para o médico e ele prescreve os cuidados.” (T4).

Apesar de a UTI ter sido citada como uma unidade que reúne condições que facilitem a manutenção do potencial doador, também foi referida a falta de materiais essenciais, a exemplo de manta térmica, que auxilia a prevenir hipotermia do PD. “[...] então nós teríamos que ter uma manta térmica, porque a gente não consegue manter a temperatura só com cobertores, e essa manta térmica já tem um tempo que ela tá com defeito e não tá funcionando; é como se não tivesse.” (T4).

As participantes relataram ainda que cuidam da pessoa PD como cuidam de um corpo morto, com a finalidade de preservar órgãos, mas os

sinais vitais, como o pulso e a frequência cardíaca lhes recordam um corpo vivo, e isso as faz vivenciar emoções ambíguas ao lidar com a perspectiva da morte. Durante este cuidado, as participantes nutrem a esperança de reverter a ME fundamentada na crença religiosa e na fé em Deus guiada pela máxima de que, enquanto houver a vida, há esperança.

“[...] eu acho estranho cuidar de um paciente em ME. Eu fico me sentindo assim, como se eu tivesse cuidando de alguém apenas com o objetivo daqueles órgãos, porque você já sabe que aquele paciente, fisiologicamente, ele não tem mais vida.” (E3).

“[...] emocionalmente há um abalo, principalmente quando o paciente é jovem, quando a gente tem um contato maior com a família, quando a gente tem um contato maior com o paciente, que a gente vê que não tem mais jeito... psicologicamente, há um descontrole emocional muito grande.” (E4).

“A gente tem que preservar. Enquanto o coração não parar de bater, a gente acha que tem vida [...] a gente já sabe que houve a ME, que ele não tem mais vida, mas, ao mesmo tempo, a gente imagina: Deus é quem faz tudo, né? Deus é todo poderoso. De repente, pode haver uma inversão da situação [...]” (T2).

“Será que está em morte encefálica mesmo?” (E7).

Nesta categoria foi evidenciada a dificuldade das profissionais em lidar com as famílias, em atender as necessidades de conforto dos familiares, as necessidades de informações acerca da confirmação da ME e por considerar que a insatisfação da família quanto à qualidade do atendimento recebido no hospital pode influenciar diretamente na decisão desses familiares de autorizar ou não a doação de órgãos.

“Por causa do movimento do paciente, às vezes a família diz: “Ah, mas ele tá mexendo

a perna.” Mas é um movimento involuntário, que o paciente mexe o joelho, o pé, e aí a família acha que aquele paciente não está em ME [...] Tenho dificuldade em me relacionar com a família, com a aceitação.” (E2).

“Então o paciente recebe os mesmos cuidados dentro da unidade. Ele precisa de conforto, muitas vezes a gente tem que prezar por isso, pelo paciente, pela família que vem visitar.” (E5).

A demora no processo de doação, desde a realização dos exames que diagnosticam a morte encefálica até a captação dos órgãos, visto que o eletroencefalograma (EEG) e a captação dos órgãos dependem de equipes instaladas na capital do estado, foi percebido pela equipe como obstáculo para confirmação da ME e atraso na captação dos órgãos. “Aliás, uma das dificuldades é o protocolo, porque o fechamento do protocolo de ME, ele é demorado.” (E2). “[...] ele pode precisar de EEG, que aqui no hospital não tem. Então tem que alguém vir de fora; então tem dificuldade em relação a isso [...]” (E1).

As participantes angustiam-se ao perceber o distanciamento da equipe multiprofissional do PD após a confirmação da ME; destacam que, quem cuida do PD não tem a oportunidade de cuidar do receptor, para ver o resultado da doação, e manifestam interesse por conhecer o desfecho dos órgãos doados. Por fim, percebem-se despreparadas para cuidar do PD e defendem que, devido à complexidade desse cuidado, faz-se necessária uma qualificação constante.

“[...] eu já enfrentei problemas com a nutrição, por achar, por falta de conhecimento, que aquele paciente, por estar em ME, não liberar a dieta para ele [...] Tem a relação com os técnicos de enfermagem. Quando fecha o protocolo de ME, eles se distanciam do paciente; é como se ele não precisasse tanto de cuidado como os outros; uma das dificuldades do trabalho em equipe.” (E3).

“Dificuldades aqui a gente encontra por parte de alguns profissionais resistentes, pelo fato de considerar que aquele paciente em ME é como se não devesse mais cuidar, e sim deixar que ele se vá e dê lugar para outra pessoa.” (E9).

“Por vezes você não vê o resultado [...] Então eu acho que é um entrave, aqui no hospital, não acompanhar o processo de forma integral. É gratificante você estar cuidando daquele paciente em ME [...] aí você cuida daquele paciente que tem os órgãos daquele paciente que você cuidou. Você vê a importância e é mágico.” (E3).

A equipe multidisciplinar da UTI foi apontada como um facilitador do cuidado ao PD, mas também é citada como uma limitação, por não estar adequadamente qualificada para a manutenção do PD e por distanciar-se da pessoa em ME, o que dificulta o processo de doação de órgãos. Nesta perspectiva, faz-se necessário treinamento adequado e contínuo.

DISCUSSÃO

As participantes valorizam os cuidados prestados à pessoa doente desde a sua entrada no hospital, por perceberem que a impressão da família acerca da qualidade do cuidado oferecido ao seu ente influencia na decisão de doar ou não os órgãos.

O processo de doação é definido por ações e procedimentos que conseguem transformar um potencial doador em doador efetivo. No Brasil, a taxa de parada cardíaca entre os PD no ano de 2014 atingiu 14,5%, podendo estar relacionada às dificuldades na manutenção e/ou demora na notificação ou no diagnóstico da morte encefálica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2015). E o aumento do tempo entre o diagnóstico clínico da ME e a retirada dos órgãos pode favorecer a ocorrência de comprometimento hemodinâmico no PD, resultando também na perda de órgãos.

Os cuidados dispensados à pessoa em ME são desgastantes, em virtude das várias alterações fisiológicas, principalmente hemodinâmicas que, se não forem manejadas de forma rápida e efetiva, podem comprometer a manutenção e doação dos órgãos (AGNOLO et al., 2010). Por isso, a demora no processo de doação, desde a realização dos exames que diagnosticam a ME até a captação dos órgãos preocupam os participantes, que torcem pelo sucesso da doação. Embora a equipe desenvolva as ações de cuidados previstas, o retardo no processo diagnóstico inviabiliza a doação ou resulta na perda de alguns órgãos, o que poderia ser evitado se a realização do eletroencefalograma (EEG) e a captação de órgãos fossem executadas por equipe do próprio hospital. Para isso, seria necessário que o hospital fizesse não somente captação, mas também os transplantes.

O cuidado ao PD é prestado para promover a manutenção hemodinâmica e possibilitar que ele se torne um doador efetivo, pois ele é a fonte de esperança para alguém que aguarda um transplante (BECKER et al., 2014). E esse cuidado oferecido ao PD, ao objetivar beneficiar outra pessoa, torna o doador um meio para determinado fim. Assim, partindo de uma visão utilitarista, o enfermeiro que cuida do PD dá sentido ao seu trabalho.

O transplante de órgãos e tecidos é um tratamento eficaz para salvar vidas de pessoas com falência de órgãos. No entanto, existe uma grande lacuna entre a necessidade e a oferta de doadores de órgãos (JAWONIYI; GORMLEY, 2015; MORAIS, T.; MORAIS, M., 2012). Nesta perspectiva, a morte reflete a possibilidade e a oportunidade de proporcionar vida a quem está vulnerável a perdê-la. Estar envolvido no processo de doação é considerado positivo pela enfermeira.

O estudo Becker et al. (2014) destacou que os estudantes de graduação em enfermagem descreveram adequadamente os cuidados para a manutenção do PD, destacando manutenção de cabeceira elevada a 30 graus, mudanças de decúbito e aspiração das secreções pulmonares, manejo de líquidos e drogas, prevenção de infecções, controle da pressão arterial, frequência

cardíaca, temperatura e oximetria de pulso. Também foram acompanhadas, em horários regulares, as medidas da pressão venosa central (PVC), do débito e da densidade urinária e da glicemia capilar. Os referidos autores alertam que dietas por via enteral devem ser mantidas e o uso de cobertores e de fluidos aquecidos ajuda a prevenir a hipotermia.

No presente estudo, entretanto, as participantes destacaram maior preocupação em conservar as córneas e estabilizar a temperatura, a fim de evitar hipotermia, semelhante ao encontrado no estudo de Amorim, Avelar e Brandão (2010). A preocupação com as córneas e com a temperatura é válida, mas a manutenção do PD não deve ser feita com ênfase somente nesses dois aspectos, visto que os cuidados elencados no estudo de Becker et al. (2014) são considerados essenciais para manter a qualidade dos órgãos para fins de transplante.

Os enfermeiros que promovem a doação de órgãos assumem a responsabilidade do cuidado do PD e se esforçam para que a doação seja exitosa. Segundo Jawoniyi e Gormley (2015), os enfermeiros de cuidados agudos e críticos têm um papel importante a desempenhar na luta contra a escassez de órgãos e tecidos, pois atuam no processo de doação de órgãos com a identificação e avaliação de potenciais doadores, no apoio às famílias e na logística da manutenção do PD. Para tanto, faz-se necessário um cuidado qualificado, contínuo e multidisciplinar.

Estudo de Souza et al. (2013) identificou que cuidar de uma pessoa com morte encefálica caracteriza-se como um evento estressante. Consequentemente, os profissionais de enfermagem elaboram estratégias de enfrentamento centradas na emoção, a exemplo de fugir da realidade e ressignificar o evento, além de estratégias focadas no problema, como prestar cuidados de forma competente e buscar ajuda. Por isso, o apoio institucional para enfrentar essas situações poderá contribuir para qualificar a assistência prestada ao paciente.

Nesse contexto, o processo educativo é uma oportunidade de troca de experiências das pessoas entre si e com os profissionais de

saúde, possibilitando-lhes o acesso a informações. Contudo, a educação como uma forma de incentivo à doação de órgãos não deve ser direcionada apenas à população. A educação dos profissionais de saúde, específica para a doação de órgãos, é fator decisivo tanto para o refinamento técnico do transplante quanto para a melhora do índice de captação de órgãos (MORAIS, T.; MORAIS, M., 2012).

Profissionais entrevistadas no estudo de J. Silva, M. Silva e Ramos (2010) também destacaram que a UTI favorece a manutenção da vida do PD, quando comparada a outras unidades do hospital, por a considerarem um local preparado para assistir pessoas em estados crítico, possibilitando o emprego de tecnologias avançadas, que exigem permanente atualização da equipe. Assim, profissionais capacitados e melhor preparados, conseqüentemente, sentem-se mais seguros para o trabalho nessa unidade.

O trabalho em UTI requer organização e funcionamento em esquema de equipe multiprofissional. Isto se dá em razão da natureza e magnitude do tratamento de pessoas em estados críticos, que exigem cuidados complexos, atenção e monitorização permanente da equipe; além disso, há ainda a atenção aos familiares, que solicitam esta mesma equipe e mostram-se frequentemente mobilizados com o risco de perda do seu ente. Nesse sentido, estima-se uma interlocução dos diferentes profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, auxiliares administrativos para a abordagem do ser humano, em sua complexidade, possibilitando uma atuação mais dinâmica e multidimensional (SILVA et al., 2013).

Notou-se que, com a atuação da CIHDOTT, as profissionais de enfermagem sentiam-se mais seguras e esclarecidas quanto à manutenção do PD. Para elas, essa comissão, além de servir como um setor de treinamento e esclarecimento, também viabiliza os exames necessários ao diagnóstico de ME.

Assim, a equipe de enfermagem convive diariamente com a luta constante entre a vida e a morte, pela manutenção da vida, mas, no caso

das pessoas com ME, mesmo diante da morte, sua ação está focada em garantir a vida, mantendo viáveis os órgãos e os tecidos e, com isso, mobilizando diversas emoções.

A captação de órgãos remete os profissionais de saúde a diferentes situações e emoções. Simultaneamente, remete ao conhecimento técnico-científico, à subjetividade e à relação com a pessoa doente e seus familiares, heterogêneos em conceitos, crenças e atitudes. Com isso, os enfermeiros de cuidados intensivos podem experimentar sofrimento emocional e moral ao cuidar, ao mesmo tempo, de pacientes com morte cerebral e de sua família. A tomada de decisão no processo de doação não só é emocionalmente desgastante para familiares do PD, mas também constitui um momento difícil para os profissionais de enfermagem, pela possibilidade de vivenciarem sentimentos ambivalentes diante da ME (JACOBY; JACCARD, 2010).

Estudo de Souza et al. (2013) afirma que profissionais envolvidos no cuidado à pessoa em processo de morte e morrer expressam sentimentos de tristeza, angústia, por considerar a morte como um fim. Isso evidencia que os profissionais, ao vivenciarem a morte da pessoa sob seus cuidados, sentem frustração, tristeza e lamentam a perda de um ser humano. Esses foram sentimentos também manifestados por profissionais que cuidam de PD na UTI em estudo.

O fato de a morte ser classicamente definida como a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória torna a ME incompreendida não somente pela população, mas também por profissionais que, muitas vezes, alimentam a esperança da pessoa um dia acordar, reviver. O PD apresenta batimentos cardíacos, movimentos respiratórios (com ajuda de equipamentos) e, às vezes, temperatura corpórea, fazendo com que a família não perceba o seu ente como morto e creia na possibilidade de reversão do quadro. Essa não compreensão do diagnóstico da morte encefálica é apontada como a principal causa da recusa da doação de órgãos em estudo realizado por Pessoa, Schirmer e Roza (2013).

Nessa perspectiva, para os profissionais, a experiência de relacionar-se com a família do PD é

complexa e de enorme sofrimento, pois a família vive momento de grande dor e apresenta revolta, dúvida, desconfiança e apatia. As dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem estão relacionadas à identificação do sofrimento experienciado pelos familiares e a sensação de inadequação para agir nesta situação (SOUZA et al., 2013).

Wong et al. (2015), em estudo sobre as interações e experiências de familiares com a equipe de UTI, identificaram que a comunicação com a família engloba obtenção de informações, tipo de linguagem da comunicação, comunicações de suporte e comunicação deficiente. Considera-se que, por meio da comunicação, os enfermeiros podem intervir para minimizar o sofrimento da família, oferecendo assistência mais centrada na pessoa e no sistema familiar.

Há necessidade de estabelecer uma relação de confiança com a família, favorecendo o aceite da doação, já que a família, muitas vezes, vê o processo com desconfiança, por causa da falta de assistência adequada, desconhecimento do conceito de ME e negação da morte (PESSOA; SCHIRMER; ROZA, 2013).

O cuidado dispensado à pessoa doente e à família também influencia na decisão quanto à doação de órgãos. A família não questiona o diagnóstico de ME quando sabe que todos os recursos possíveis foram empregados para que a pessoa doente se recuperasse. Segundo Pessoa, Schirmer e Roza (2013), quando a entrevista familiar é realizada por um profissional que atua na área e tem experiência com a doação, a decisão de doar os órgãos é positiva. Entretanto, quando esse profissional é pouco atencioso, as famílias tornam-se menos propensas a realizá-la.

De acordo com Cinque e Bianchi (2010), a família é o elemento principal para que o processo de doação ocorra com sucesso. Assim, ela deve receber assistência de toda a equipe e também psicológica antes e depois da evolução da ME, preparando-a para elaborar o processo de perda. A falta de comunicação e informação pela equipe faz com que a família tenha medo de que a pessoa esteja viva e que sua autorização para

a doação represente a sentença de morte para o seu familiar.

Os obstáculos vivenciados no processo de doação contemplam também a escassez de recursos humanos e materiais e o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o referente processo. Esses fatores, por sua vez, interferem na identificação do possível doador, na realização do diagnóstico de ME, na comunicação e entrevista familiar e na manutenção da viabilidade dos órgãos do PD (MORAES et al., 2014).

Em estudo norueguês acerca das percepções do enfermeiro sobre sua competência profissional no processo de doação de órgãos, os enfermeiros consideraram difícil explicar a morte encefálica aos familiares e sinalizaram que o inadequado treinamento e a falta de experiência constituem barreiras para a realização de cuidados de qualidade ao PD. Ao mesmo tempo, o conhecimento foi considerado como tendo um efeito positivo sobre atitudes em relação à doação de órgãos (MEYER; BJØRK; EIDE, 2012).

Percebe-se que o cuidar da pessoa em ME, bem como o cuidar das necessidades dos familiares, exige que os profissionais de enfermagem tenham um processo de qualificação aprofundado, específico e contínuo. A atuação dos enfermeiros frente ao PD desde o processo de captação de órgãos requer a educação, que poderia ser incorporada em sua formação obrigatória e completada por todos os enfermeiros em serviço (JAWONIYI; GORMLEY, 2015).

Outro aspecto destacado neste estudo diz respeito à percepção das profissionais de enfermagem sobre o afastamento da equipe multiprofissional mediante a constatação do ME. Para Cavalcante et al. (2014), as dificuldades de lidar com o paciente em ME e PD podem se refletir na negligência do cuidado e no afastamento do profissional do paciente. Esses mesmos autores afirmam que esse tipo de distanciamento deriva da não aceitação da condição do PD e não por negligência, mas por desconhecimento e despreparo psicológico e emocional para lidar com tal situação.

De acordo com Silva et al. (2013), para superar as dificuldades no cuidado ao paciente

crítico terminal faz-se necessária a elaboração de uma política nacional que respalde a assistência, envolvendo a formação e a qualificação permanente dos profissionais, e elaboração de protocolos assistenciais para promoção do conforto tanto do paciente quanto de sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou conhecer as percepções dos profissionais de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado ao potencial doador de órgãos e tecidos.

Depreende-se que o conhecimento sobre o diagnóstico de ME e a identificação das alterações desta no corpo influenciam no modo como a equipe presta cuidados ao potencial doador que se encontra na UTI, com ênfase no controle de dados vitais e proteção da córnea para assegurar o aproveitamento dos órgãos no transplante. A existência de uma unidade de captação com atividades de qualificação foi relatada como facilitador do processo de cuidar.

As participantes destacaram que a dificuldade de abordar a família sobre a possibilidade de doação, o distanciamento e a descontinuidade do cuidado está relacionado à qualificação do profissional. Também se constitui em uma limitação o fato de a implantação da comissão de captação de órgãos na unidade ser recente e o manejo do PD ainda ser incipiente naquele contexto.

Conclui-se que cuidar do potencial doador de órgão evoca, na equipe de enfermagem, sentimentos e crenças sobre morte e morrer que ainda são causadores de conflitos, angústias, expectativas, sentimentos de negação e distanciamento que podem comprometer a qualidade do cuidado. Esses sentimentos merecem ser investigados e trabalhados em futuros estudos com esta mesma equipe.

Espera-se que este estudo contribua para evidenciar a necessidade de investimento na qualificação dos profissionais de enfermagem, com a inclusão da temática nos currículos de graduação e pós-graduação da universidade na qual o projeto foi elaborado. Ademais, serviu como estímulo para a implementação de programas

de educação permanente, principalmente em unidades hospitalares com terapia intensiva em virtude de esses cenários constituírem-se espaços de cuidado a potenciais doadores de órgãos.

REFERÊNCIAS

- AGNOLO, Cátia M.D.; ALMEIDA, Diogo F. A morte encefálica e o processo de doação de órgãos no Brasil: qual o seu conhecimento? *Cienc. cuid. saúde*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 212-213, abr./jun. 2011.
- AGNOLO, Cátia M.D. et al. Morte encefálica: assistência de enfermagem. *J. bras. transpl.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1221-1280, jan./mar. 2010.
- AMORIM, Valéria C.D.; AVELAR, Tiago A.B.A.; BRANDÃO, Graciela M.O.N. A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos. *Rev. enferm. UFPE online*, Recife, v. 4, n. 1, p. 218-226, jan./mar. 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. *Registro Brasileiro de Transplante. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado* (2005-jan./mar. 2015). Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/>>. Acesso em: 24 maio 2015.
- BAHIA. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Hospital Geral Clériston Andrade. *Histórico*. Salvador, 2015. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hgca/index.php?option=com_content&view=article&id=308&Itemid=188>. Acesso: 13 maio 2015.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BECKER, Sabrina et al. A enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial doador. *SANARE*, Sobral, v. 13, n. 1, p. 69-75, jan./jun. 2014.
- CAVALCANTE, Layana de Paula et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 567-572, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600567&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2015.
- CINQUE, Valdir M.; BIANCHI, Estela Regina F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 996-1002, 2010.

- JACOBY, Liva; JACCARD, James. Perceived support among families deciding about organ donation for their loved ones: donor vs nondonor next of kin. *Am. J. Crit. Care*, Aliso Viejo, CA, v. 19, n. 5, p. 552-561, 2010. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/content/19/5/e52.full.pdf+html?sid=c1b1f3fc-6dbc-4fe9-8bb5-3730176652b6>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- JAWONIYI, Oluwafunmilayo O.; GORMLEY, Kevin. How critical care nurses' roles and education affect organ donation. *Br. J. Nurs.*, London, v. 24, n. 13, p. 698-700, jul. 2015.
- MEYER, Käthe; BJØRK, Ida T.; EIDE, Hilde. Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process. *J. Adv. Nurs.*, Nova Jersey, v. 68, n. 1, p. 104-115, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/51195263>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- MORAES, Edvaldo L. et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. latino-am. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 226-233, mar./abr. 2014.
- MORAIS, Taise R.; MORAIS, Maricelma R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639, out./dez. 2012.
- PASSOS, Islaine M.S. et al. Manutenção hemodinâmica na morte encefálica: revisão literária. *Ciênc. biológ. saúde*, Aracaju, v. 2, n. 1, p. 73-86, mar. 2014.
- PESSOA, João Luis E.; SCHIRMER, Janine; ROZA, Bartira de A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 323-330, 2013.
- PESTANA, Aline L. et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 258-264, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2015.
- SILVA, Ceci F. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, set. 2013.
- SILVA, Juanito R.F.; SILVA, Maiara H.M.; RAMOS, Vania P. Familiaridade dos profissionais de saúde sobre os critérios de diagnósticos de morte encefálica. *Enferm. Foco*, Brasília, v. 1, n. 3, p. 102-107, 2010.
- SOUZA, Silvia S. et al. Estratégias de enfrentamento da enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 92-100, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/96/pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- WONG, Pauline et al. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive Crit. Care Nurs.*, Netherlands, v. 31, n. 1, p. 51-63, 2015.

Artigo apresentado em: 30/5/2015

Aprovação em: 21/10/2015

Versão final apresentada em: 29/10/2015