



GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA

MANAGEMENT OF NURSING CARE TO THE BRAIN DEAD PATIENT GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

Aline Lima Pestana Magalhães¹, Roberta Juliane Tono de Oliveira², Saulo Fabio Ramos³,
Milene Mendes Lobato⁴, Neide da Silva Knih⁵, Elza Lima da Silva⁶

RESUMO

Objetivo: compreender a gerência do cuidado de enfermagem aos pacientes em morte encefálica na perspectiva de enfermeiros atuantes no processo de doação e transplantes de órgãos. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na Teoria Fundamentada nos Dados, com 25 enfermeiras. Obtiveram-se os dados por meio de entrevistas semiestruturadas individuais e se empregou a codificação aberta, axial e seletiva para análise dos dados. **Resultados:** emergiram-se duas categorias a partir da análise dos dados: << Observando as dificuldades relacionadas a gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica >> e << Compreendendo as ações realizadas pela equipe de enfermagem na gerência do cuidado ao paciente em morte encefálica >>. Destacaram-se como dificuldades a limitação da estrutura física, recursos humanos e materiais. Enfatizaram-se pelos enfermeiros a monitorização e o suporte hemodinâmico, controle glicêmico e de diurese como ações necessárias para a gerência do cuidado ao paciente em morte encefálica. **Conclusão:** compreende-se que a gerência do cuidado ao paciente em morte encefálica requer entendimento para além das esferas técnicas sendo necessária a desmistificação do significado da doação de órgãos para manutenção de uma nova vida em outro alguém. **Descritores:** Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplante de Órgãos; Cuidados de Enfermagem; Cuidados Críticos; Morte Encefálica; Papel do Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the management of Nursing care to patients in brain death from the perspective of nurses working in the process of organ donation and transplants. **Method:** this is a qualitative study, based on the Data Based Theory, with 25 nurses. The data were obtained through individual semi-structured interviews and the open, axial and selective coding was used for data analysis. **Results:** two categories emerged from the analysis of the data: "Observing the difficulties related to the management of nursing care to the brain dead patient" and "Understanding the actions performed by the nursing team in the management of the brain dead patient's care. The limitations of physical structure and human and material resources were highlighted as difficulties. Monitoring and hemodynamic support, glycemic control and diuresis as necessary actions for the management of patient care in brain death were emphasized by the nurses. **Conclusion:** it is understood that the management of patient care in brain death requires understanding beyond the technical spheres, and it is necessary to demystify the meaning of organ donation for the maintenance of a new life in another person. **Descriptors:** Tissue and Organ Procurement; Organ Transplantation; Nursing Care; Critical Care; Brain Death; Nurse's Role.

RESUMEN

Objetivo: comprender la gestión del cuidado de enfermería a los pacientes en muerte encefálica en la perspectiva de enfermeros actuantes en el proceso de donación y trasplantes de órganos. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría Fundamentada en los Datos, con 25 enfermeras. Se obtuvieron los datos por medio de entrevistas semiestruturadas individuales y se empleó la codificación abierta, axial y selectiva para análisis de los datos. **Resultados:** surgieron dos categorías a partir del análisis de los datos: << Observando las dificultades relacionadas a la gestión del cuidado de enfermería al paciente en muerte encefálica >> y << Comprendiendo las acciones realizadas por el equipo de enfermería en la gestión del cuidado al paciente en muerte encefálica >>. Se destacaron como dificultades la limitación de la estructura física, recursos humanos y materiales. Se enfatizaron por los enfermeros el monitoreo y el soporte hemodinámico, control glucémico y de diuresis como acciones necesarias para la gestión del cuidado al paciente en muerte encefálica. **Conclusión:** se comprende que la gestión del cuidado al paciente en muerte encefálica requiere entendimiento más allá de las esferas técnicas siendo necesaria la desmitificación del significado de la donación de órganos para el mantenimiento de una nueva vida en otro. **Descriptor:** Obtención de Tejidos y Órganos; Trasplante de Órganos; Atención de Enfermería; Cuidados Críticos; Muerte Encefálica; Rol de la Enfermera.

¹Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: aline.pestana@ufsc.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7553-1648>; ²Enfermeira Mestre, Qualidade e Segurança do Paciente no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão (SC), Brasil. E-mail: roberta_tono@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4489-319X>; ³Enfermeiro Mestre, Hospital Celso Ramos (Semi-intensiva) / Coordenador da CHT (Comissão Hospitalar de Transplantes), Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: saulinhosfr@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4389-5452>; ⁴Enfermeira (egressa), Programa de Mestrado em Enfermagem - Nível Mestrado Acadêmico, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: milene.mendes14@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1226-0697>; ⁵Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: neide.knihs@ufsc.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0639-2829>; ⁶Doutora, Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: elzalima051@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0287-046X>

INTRODUÇÃO

Entende-se que a doação de órgãos para transplantes envolve um processo complexo cujo objetivo pode ser a melhoria da qualidade de vida daqueles que necessitam de tais órgãos, como nos casos de transplantes de rins, pâncreas, córneas, válvula cardíaca e ossos, como também para salvar ou melhorar o prognóstico de pessoas com necessidade de transplantes de fígado, pulmão, coração, medula óssea, intestino e pele.¹

Envolve-se, também, um conjunto de procedimentos inseridos numa rede de atenção e cuidados, gerenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da legislação vigente no país, a qual respalda as atribuições do Sistema Nacional de Transplante (SNT), contribuindo com a efetividade das ações e serviços captadores.²⁻³

Aumenta-se a cada ano o número de cirurgias, desde o primeiro transplante realizado no Brasil em 1964, ocupando-se do segundo lugar entre os países que mais realiza transplantes renais.⁴ Encontra-se, apesar disso, segundo o Registro Brasileiro de Transplante, o número de procedimento ainda abaixo da necessidade, reforçando a importância do Ministério da Saúde junto às demais entidades a buscar por maiores conquistas e conscientização de todos os envolvidos no processo de doação de órgãos e transplantes.

Sabe-se que o número de doações e o número de pessoas na fila de espera por um órgão merecem atenção e esforços de modo a aumentar a capacitação de profissionais de saúde envolvidos no processo de doação no intuito de elevar o número de doações, na busca por ações que diminuam perdas de potenciais doadores.^{1,4}

Acessa-se os transplantes de órgãos por meio de uma lista única de espera, o cadastramento e autorização de hospitais transplantadores e das equipes especializadas, além dos critérios de financiamento, garantindo ao indivíduo o acesso ao tratamento.²⁻³ Regula-se esse processo pelas Centrais Estaduais de Transplantes (CET).³

Salienta-se que o estado de Santa Catarina continua há 10 anos entre a região de destaque na doação de órgãos e líder nessa atividade no sul do país. Enfatiza-se que o estado conta com o auxílio de 45 Comissões Hospitalares de Transplantes (CHTs) para o processo de captação, seis delas situam-se em Florianópolis nos hospitais: Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Nereu Ramos, Hospital Baía Sul, Hospital Universitário, Hospital de Caridade e Hospital Governador

Celso Ramos, duas na cidade de São José, Hospital Regional de São José e no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e as outras localizam-se em cidades do interior do Estado.⁵

Tem-se as CHTs criadas com objetivo de apoiar e aumentar o processo de captação e transplante de órgãos intrahospitalares. Considera-se sua existência obrigatória em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos, conforme determina a legislação.²⁻³ Observam-se que essas comissões contribuem para aumentar a identificação e busca ativa dos potenciais doadores, articulação entre profissionais de diferentes categorias, auxílio nos esclarecimentos nos cuidados para manutenção dos potenciais doadores; articulação com a CET ou Distrito Federal, notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos; organização das rotinas de cuidado, de modo a garantir uma adequada manutenção do potencial doador e entrevista familiar para solicitação da doação. Visa-se assim, por meio de tais ações a CHT otimizar o processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos.^{2-3,6}

Proporciona-se cuidado de enfermagem para a manutenção do paciente que se encontra no processo de doação e captação de órgãos principalmente pelos profissionais da CHT e das unidades de cuidados críticos, como nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e na emergência. Destaca-se que o melhor local para acontecer esse cuidado deve ser na UTI.⁷ Consideram-se essas unidades ambientes mais apropriados para desenvolver cuidados e aporte ao potencial doador visto que oferece aos pacientes um ambiente de cuidado altamente técnico e objetivo, com monitoração e assistência médica e de enfermagem contínua.⁶⁻⁸

Relaciona-se a gerência do cuidado com a articulação entre a gerência e a assistência, pressupondo-se que tais atividades devam atuar de modo integrado e articulado.⁹ Realiza-se a gerência do cuidado de enfermagem em âmbito assistencial quando o enfermeiro executa intervenções e vislumbra as necessidades de cuidado necessárias ao cuidado integral do paciente. No âmbito gerencial, quando se organiza o trabalho e os instrumentos administrativos necessários para adequado funcionamento e gestão da unidade como, materiais, equipamentos e instalações, além dos instrumentos técnicos da gerência. Observa-se desse modo que gerenciar o cuidado significa gerenciar o serviço de enfermagem, nas suas múltiplas dimensões.¹⁰⁻¹¹

Elaborou-se as seguintes questões norteadoras da pesquisa: Como acontece a gerência de cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica (ME)? Quais são os cuidados de enfermagem realizados aos pacientes nessa condição?

OBJETIVO

- Compreender a gerência do cuidado de enfermagem aos pacientes em morte encefálica na perspectiva de enfermeiros atuantes no processo de doação e transplantes de órgãos.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Compreende-se por meio desse referencial a realidade a partir da percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação. Busca-se compreender fenômenos descobertos, desenvolvidos conceitualmente e estabelecidos por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos.¹²

Realizou-se a partir de um banco de dados de um macroprojeto intitulado: “Gerenciando o cuidado de Enfermagem no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos na perspectiva do pensamento *lean*”.¹¹

Compôs-se a pesquisa original por 35 participantes, divididos em três grupos amostrais. Fizeram-se a releitura dos dados de 25 enfermeiros, sendo 15 enfermeiros atuantes em Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT) de hospitais de Santa Catarina, integrantes do segundo grupo amostral; seis enfermeiros dos serviços de emergência, quatro de unidades de terapias intensivas, integrantes do terceiro grupo amostral.

Coletaram-se os dados nos meses de julho de 2014 a outubro de 2015 por meio da entrevista individual, semiestruturada e com gravação digital de voz, agendadas e realizadas nos locais de trabalho dos participantes, em salas destinadas para este fim e norteadas pela seguinte pergunta: Fale-me como você gerencia o cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos. Neste artigo serão abordadas as dificuldades da gerência do cuidado e as ações da gerência do cuidado ao paciente em ME.

Iniciou-se o processo de análise deste com uma leitura cuidadosa das entrevistas, buscando-se os incidentes relacionados com as

dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros na gerência do cuidado ao paciente em morte encefálica, bem como os cuidados realizados aos pacientes nessa condição.

Procedeu-se com a análise de dados por duas etapas interdependentes e concomitantes, quais sejam: codificação aberta e codificação axial. Tem-se por meio da codificação a finalidade de redução dos dados para se chegar à compreensão do fenômeno do estudo. Iniciou-se o processo com a codificação aberta¹², de forma livre, incluindo a definição de códigos preliminares a partir da leitura cuidadosa da entrevista e com a identificação de cada incidente. Realizou-se em seguida, a codificação axial¹², que busca estabelecer relação entre as categorias e as subcategorias para sustentar explicações precisas sobre os fenômenos encontrados.

Buscou-se a comparação constante entre os dados, durante todo o processo, oportunizando reflexões e questionamentos que orientaram as pesquisadoras no agrupamento dos códigos preliminares, considerando-se, além da similaridade de conteúdo, as diferentes propriedades e dimensões das categorias e subcategorias, desenvolvidas nos resultados.

Encaminhou-se esta pesquisa, inicialmente, para aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou-se a coleta de dados após a obtenção do parecer consubstanciado de número: 783.265 e CAAE: 32929714.4.0000.0121. Atendeu-se aos critérios éticos, e as normas estabelecidas pela Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esclareceu-se os participantes quanto aos objetivos e à metodologia do estudo e foi-lhes solicitada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, assegurando-lhes o direito de acessar os dados e de deixar o estudo quando desejassem.

RESULTADOS

Salienta-se que participaram da pesquisa 25 enfermeiros que trabalhavam em diferentes UTIs adulta e CHTs, a maioria era do sexo feminino, com idade média de 35 anos e um tempo médio de 11 anos de exercício na profissão de enfermeiro; quanto à maior titulação, 13 deles possuíam o título de especialista, 9 de mestre e outros 3 graduados.

Elaborou-se a partir do método de análise de acordo com as informações obtidas por meio das entrevistas com os enfermeiros, duas

categorias: 1. Observando as dificuldades relacionadas a gerência do cuidado ao paciente em ME. 2. Compreendendo as ações realizadas pela equipe de enfermagem na gerência do cuidado ao paciente em ME.

♦ Observando as dificuldades relacionadas a gerência do cuidado ao paciente em ME.

Aborda-se nesta categoria os principais entraves enfrentados no processo de doação de órgãos. Relacionam-se tais questões principalmente a limitação da infraestrutura, recursos humanos e recursos materiais para uma melhor gerência do cuidado em enfermagem. Segundo os participantes a pouca disponibilidade de equipamentos necessários para o diagnóstico de ME, a redução do quadro de profissionais, bem como uma estrutura física precária, além de dificultar o cuidado, geram carga de estresse na equipe por não conseguir atender toda a demanda desejada.

Temos a arteriografia aqui no hospital, mas está quebrada. Então às vezes o exame de imagem tem que ser feito fora do hospital, acho que perde tempo (E18).

A estrutura complica um pouco a parte do processo do diagnóstico da ME, porque para fechar o exame de imagem a gente precisa da arteriografia, mas às vezes tem e estraga, ou não consegue finalizar o teste da arteriografia, e precisa da cintilografia. A cintilografia você tem que tirar o paciente do hospital. E às vezes para sair precisamos do SAMU. E este é muito tumultuado, tem muito transporte e atendimento na rua, então tudo isso dificulta (E19).

A infraestrutura não é das mais adequadas. Como tu vê a emergência é superlotada, a gente trabalha em um ou dois enfermeiros e não temos condições de dar um suporte para aquele que está no respirador (E22).

Destaca-se, pelos participantes, a unidade de terapia intensiva como o local ideal para a realização da gerência do cuidado ao paciente em ME, visto que as demais unidades não contam com a estrutura física, recursos materiais e número de pessoal adequado, o que repercute na qualidade dos cuidados prestado, gerando angústia nos profissionais que prestam tal cuidado.

Na UTI é sempre mais fácil fazer a gerência do cuidado. Na emergência a gente sempre tem mais dificuldade para gerenciar esse processo. Bom aqui na UTI, os médicos eles já estão bem acostumados com esse processo de morte encefálica, então a gente trabalha em parceria com eles. (...) já na emergência ainda estamos adquirindo essa cultura (...). O ideal é que ele esteja em uma unidade de críticos, que é uma UTI. Este é o local correto para um paciente

potencial doador iniciar o protocolo e ficar internado, porque na emergência é ruim para todo mundo da equipe, mas a gente faz o que pode quando tem protocolo lá (E16).

Na verdade, aqui na UTI, a gente tem muito esse tipo de paciente com diagnóstico de morte encefálica. Então as coisas já vão acontecendo muito naturalmente, se é que posso dizer assim. Cada profissional já sabe muito bem seu papel, desde o médico, do enfermeiro, até o técnico de enfermagem, tudo vai se desenvolvendo de uma forma muito natural. Todo mundo já está acostumado com o cuidado desse potencial doador ou da própria questão de realizar o diagnóstico de morte encefálica. Então, todo mundo já está muito habituado na questão dos testes clínicos e dos exames que tem que ser feito, com isso já tem tudo muito certinho a questão da rotina dos cuidados, até da parte médica, da prescrição (E19).

Constata-se que somados a esses fatores, a ausência da clareza, compreensão e capacitação de todos os profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos repercute em processos mal gerenciados. Percebe-se, a partir das entrevistas, a importância em realizar treinamento das diferentes equipes profissionais, seja atuante no cuidado direto como indireto ao paciente, de modo que todos ajam de maneira integrada.

Inicia-se a integração desde a entrada do paciente na instituição até a evolução para ME e comunicação junto à equipe e familiares. Considera-se assim que profissionais mal informados acerca de todas as etapas que envolvem o processo de doação e transplante podem prejudicar a gerência do cuidado ao potencial doador e seus familiares.

(...) falei para o profissional da portaria para deixar a família da paciente entrar, para que pudéssemos falar com eles e dar o diagnóstico de ME. Daqui a pouco eu ligo para o porteiro para perguntar sobre os familiares da paciente e ele diz que já tinha falado para os familiares que a paciente estava morta. Mas como você me fala uma coisa dessas? Eu disse que nós iríamos conversar com a família. Então a coisa já foi atropelada. Foi terrível! O que repercute é isso, quando a coisa começa torta lá atrás, dificilmente vai dar certo (E15).

É um pouco complicado ainda, nem todos os profissionais da UTI se ligam da importância de chamar a gente da CHT (E13).

Então começa assim, lá no começo tem que acolher a família, tem que planejar como vai ser o teste clínico, o primeiro, o segundo e a prova gráfica. Se tu começar certinho no final vai dar certo, vai terminar bem. Às vezes até pode fechar com uma recusa familiar, mas tu vais analisar se essa recusa

era inevitável, se fizemos tudo corretamente (E17).

Quando eu cheguei, eu não recebi nenhuma informação ou educação de como acontecia o processo (...) Eu tenho essa visão que paciente em Glasgow 3, sem sedação, está midriático, tem um indicativo de iniciar o protocolo de morte encefálica. Basicamente acaba sendo isso que o enfermeiro aqui na emergência faz (E24).

Percebe-se que essa falta de compreensão de todo o processo e a ausência de uma cultura de doação de órgãos reflete na maneira como os profissionais de enfermagem enxergam os pacientes em ME, vistos muitas vezes como meros pacientes mortos, sem sua real importância e contribuição para vida e sobrevivência de outros pacientes dependentes de tais órgãos.

Os profissionais acham que o paciente está morto e não tem que comer. Então isso os profissionais não entendem. Essa é uma cultura que os profissionais têm que ter que o paciente que está em ME e é um potencial doador tem que ter o mesmo cuidado que com outro paciente. E isso muitas vezes não acontece. (E15)

Muitas vezes eles falam que não vão cuidar de um paciente morto se eles têm 5 vivos aqui na frente precisando ser entubado, puncionado. É bem difícil abrir um protocolo na emergência, é muito ruim, tanto para eles, tanto para gente, quanto para os pacientes, quanto para família. É ruim para todo mundo (E16).

(...)a gente sempre ressalta em relação a dieta, porque era um ponto muito importante. “Mas está morto, precisa comer?(E19).

Dizem “por que fica tanto enfermeiro em cima, se esse paciente já está morto” só que eles não entendem as vezes o contexto (E25).

Algumas vezes é difícil você conseguir com que ele [técnico de enfermagem] entenda que é importante manter os cuidados daquele paciente. Eles perguntam porque estamos gastando tempo para fazer os cuidados desse paciente enquanto tem os outros pacientes que necessitam de tanto cuidado quanto aquele. Se é um paciente em morte encefálica você tem que fazer o controle mais rigoroso em um menor tempo, não pode esperar doze horas. Por que eu tenho que fazer mudança de decúbito em um paciente que já está em morte, por que eu tenho que ficar observando a saturação desse indivíduo, por que eu tenho que trocar o monitor porque pode ser que aquele monitor não esteja marcando adequadamente, então as vezes é muito difícil conseguir esse apoio do técnico de enfermagem (E26)

Nota-se que a incompreensão da morte encefálica e dos cuidados necessários para a manutenção do paciente interferem na gerência do cuidado oferecida ao paciente nessa condição, e consequentemente repercutem na qualidade dos órgãos e tecidos a serem transplantados.

♦ Compreendendo as ações realizadas pela equipe de enfermagem na gerência do cuidado ao paciente em ME

Entende-se que a gerência do cuidado aos pacientes em morte encefálica articula-se com diversos setores e profissionais. Relaciona-se assim, os cuidados relativos à monitoração e suporte hemodinâmico do paciente, manutenção da temperatura corporal, controle do balanço hidroeletrólítico, controle glicêmico, controle da nutrição, necessidade de transfusões, manutenção e controle de diurese e demais recomendações para doação de órgão-específicos como cuidados assistenciais realizados ao paciente em morte encefálica.

Todos os pacientes exigem cuidados intensivos, só que aquele paciente em ME tem que estar hemodinamicamente estável para evoluir para uma captação de órgão. Pressão arterial boa, diurese controlada, eletrólitos controlados, HGT controlado, não pode fazer hipotermia. Todo mundo já sabe disso, então se a gente fizer toda essa parte e esse cuidado intensivo, que é o controle da hemodinâmica desse paciente, de certa forma, estamos contribuindo para que essa captação seja um sucesso (E20).

(...) o profissional precisa compreender que o paciente em ME tem que ser bem cuidado, ele não é um corpo só, ele vai salvar muitas vidas. E depois tu tens a questão dos sinais vitais, que é um intervalo de tempo menor, as vezes de 15/ 15 minutos, dependendo se está com alguma droga vasoativa. Demanda um tempo muito grande. O que a gente faz normalmente é controle de diurese, mudança de decúbito, temperatura, (...) porque não pode fazer nem uma hipotermia ou uma hipertermia (E23).

Esse paciente geralmente tem uma tendência a ter hipotermia, e a gente atenta para a temperatura, os sinais vitais de modo geral. Se está em hipotensão, comunica o médico para saber da necessidade de aumentar a droga vasoativa. É basicamente isso. Eu particularmente cuido do paciente em ME mais em manter mesmo os sinais vitais, e focar muito nisso, pressão arterial, temperatura corporal, e umedecer córneas (E24).

A gente identificou um paciente que está sem reflexo de tronco, Glasgow 3, lesão cerebral grave, conversamos com o médico que avalia o paciente. É um paciente que realmente está com ausência de reflexo, já

não está mais sob efeito de sedativo, está estável, não está hipotérmico, toda aquela avaliação. A primeira coisa que a gente faz é chamar a família para conversar e a gente fala para a família da abertura do protocolo, o que é o protocolo, como vai ser feito, a gente faz toda essa explicação para a família, pedimos para eles aguardarem (E29).

Salienta-se que o trabalho em equipe e os cuidados aos familiares destacam-se nas entrevistas com os enfermeiros. Enfatiza-se que os familiares serão os principais responsáveis no processo de decisão da doação dos órgãos do potencial doador, porém, nota-se que a morte encefálica e doação de órgãos ainda trata-se de um processo desconhecido a maioria da população. Considera-se para tanto, todo o cuidado e formas de acolhimento e esclarecimento a esses familiares pode facilitar a decisão e desmistificar medos que os permeiam. Nota-se além disso, nas entrevistas a necessidade de uma equipe de profissionais atuantes de modo integrado, cuidando tanto do paciente quanto de seus familiares desde a chegada à evolução para ME.

A equipe integrada faz o processo fluir. Desde a recepção saber que aquele familiar precisa ser acolhido. Então quando tem uma equipe integrada é realmente muito melhor (E24).

Uma equipe integrada aqui, primeiro teria que todo mundo estar falando a mesma língua, inclusive na chegada desse paciente (E26).

O que é mais importante aqui, não que os outros passos não sejam, são os acompanhantes. Quando o paciente chega na UTI, a família tem que ser muito bem amparada, porque se a família não for muito bem amparada, independente do que for, ela não vai ter uma boa entrevista no final, ela não vai ser favorável a doação, nem vai ter doação, tudo vai acumular. A UTI não foi projetada para ter tantos familiares presentes. Mas eu acho que com a família desse paciente em ME temos que estar conversando, temos que estar explicando, temos que estar muito junto, para que essa doação seja positiva. Se não a família ficará com dúvidas (E27).

DISCUSSÃO

Reconhece-se que a doação e o transplante de órgãos e tecidos geram um impacto e representa uma nova possibilidade para muitas vidas, entretanto para que esse processo ocorra de modo adequado depende de diversos fatores relacionados entre si, tais como, equipe multiprofissional qualificada para o reconhecimento da morte encefálica,

recursos físicos e tecnológicos para atender aos exames comprobatórios da ME. Destacam-se dentre as dificuldades elencadas pelos participantes a limitada infraestrutura, recursos humanos, recursos materiais e alta demanda de atendimento. Observaram-se assim, neste e em outros estudos, deficiências relacionadas à logística e apoio ao potencial doador, além da fragilidade na precocidade de abertura das notificações da morte encefálica.^{6,13-4}

Acrescenta-se como outro aspecto levantado neste estudo a comparação entre o atendimento prestado em unidades de internação como uma emergência e UTI. Aponta-se nessa pesquisa para as dificuldades na busca ativa e captação de potenciais doadores fora do ambiente das UTIs, visto que torna-se o local com melhor infraestrutura para o atendimento ao paciente em ME. Corroborar-se com esse achado outro estudo que mostra que o atendimento aos potenciais doadores em unidades de emergência não contempla o cuidado que um paciente em ME requer, visto que tem como objetivo preservar funções vitais para sucesso do transplante. Considera-se assim, a forma como realiza-se o cuidado ao potencial doador repercutirá diretamente na qualidade do órgão a ser captado e na perspectiva de vida de pacientes que necessitam de tais terapêuticas.¹⁵⁻¹⁶

Constata-se que análogo a esta pesquisa, outros estudos demonstram que no Brasil, a emergência hospitalar tem se configurado em um setor crescente no recebimento de paciente em ME principalmente devido à falta de leitos de UTI, entretanto, em virtude das mudanças nas características das doenças que afetam a população, as emergências hospitalares estão tornando-se os locais com maiores demandas, superlotadas de pacientes que permanecem dias internados.¹⁷

Identificou-se em estudo realizado no nordeste brasileiro que o paciente em ME exige cuidados de paciente grave, tornando-se um cuidado complexo, principalmente se for potencial doador.¹⁸

Tem-se que aliado a isso, o esgotamento profissional, falta de capacitação e compreensão profissional de todo o processo e a ausência de uma cultura de doação de órgãos, leva a um caminho de perdas de potenciais doadores nas emergências hospitalares. Enaltece-se que a maneira como os profissionais de enfermagem enxerga os pacientes em ME, vistos muitas vezes como uma demanda a mais a ser realizada em pacientes “mortos”, demonstra a necessidade emergente em capacitá-los.

Evidencia-se em estudos que a educação permanente, vem sendo alvo de destaque visto que reforça a importância da abordagem e o cuidado ao paciente em ME como um indivíduo que requer a assistência especializada e individualizada.^{15,18} Ressalta-se que a assistência de enfermagem, focada na estabilização dos múltiplos efeitos deletérios que a morte encefálica ocasiona sobre o organismo em um pequeno espaço de tempo, gerando instabilidade hemodinâmica, exige uma equipe preparada técnico-cientificamente, ágil e consciente da importância de todas as etapas que envolvem esse processo de doação e transplante.^{10,15}

Destaca-se que o reconhecimento tardio da morte encefálica pode ocasionar infecção, instabilidade hemodinâmica ou até mesmo parada cardiorrespiratória do potencial doador, inviabilizando assim a doação e transplante de órgãos e tecidos.^{1,13,18}

Elenca-se as principais ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem e demais equipes no cuidado ao paciente em ME tais como cuidados relativos à monitoração e suporte hemodinâmico do paciente, manutenção da temperatura corporal, controle do balanço hidroeletrólítico, controle glicêmico, controle da nutrição, necessidade de transfusões, manutenção e controle de diurese e demais recomendações para doação de órgão-específicos. Nota-se apesar disso, neste estudo que nem todas as equipes de enfermagem recebem um treinamento específico sobre os cuidados voltados aos pacientes em ME, bem como uso de protocolos ou guidelines.

Sabe-se que muitos dos problemas relacionados ao processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos associam-se a falhas nessas etapas que envolvem o reconhecimento da morte encefálica, abordagem familiar e de manutenção clínica do doador falecido.¹⁹

Evidencia-se por meio das recomendações das Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido, que as principais ações para manutenção do doador falecido são: manutenção das funções orgânicas, correção das disfunções, agilidade na retirada de órgãos para transplante no prazo de até 12 a 24 horas a partir do diagnóstico de ME, estabilização hemodinamicamente, correção do déficit de oxigenação, tratamento de infecções, reverção da hipotermia, monitorização e correção dos distúrbios metabólicos (em especial a hipernatremia), tratamento das alterações endócrinas, renais e hepáticas, correção dos distúrbios de coagulação,

correção a qualquer outra alteração orgânica reversível.¹⁸

Ressalta-se, por fim, nessa pesquisa a importância do trabalho em equipe e os cuidados com os esclarecimentos e acolhimento aos familiares. Confirmam-se em estudos que além do desconhecimento entre os familiares outros fatores influenciam no processo de captação e doação, a saber, o tempo insuficiente para a tomada de decisão, o tempo limite da equipe em captar, o desconhecimento da vontade do ente querido sobre doação dos órgãos e local inadequado para abordar a família.¹⁹⁻²⁰ Destaca-se junto a isso, as fragilidades da equipe de saúde quanto a identificação, validação, crença no processo e tomada de decisão em ser um doador de órgãos e tecidos.²¹

Verificou-se em estudos que muitos familiares que recebem a notícia da ME acreditam que o paciente com diagnóstico de ME encontra-se morto, sendo que os demais acreditavam que o paciente poderia estar vivo, apontando para a falta de clareza sobre o assunto, e consequentemente repercutindo em todo o processo.^{19,22}

CONCLUSÃO

Compreendeu-se a gerência do cuidado da prática profissional do enfermeiro voltada para os processos envolvidos na doação e captação de órgãos. Percebe-se que os pilares envolvidos no processo de doação e transplante, além de envolver principalmente o tripé busca ativa e reconhecimento da morte encefálica, abordagem familiar e a manutenção clínica do doador falecido, envolve inúmeros profissionais que atuam direta e indiretamente para o sucesso do processo.

Evidenciou-se por meio deste estudo que as principais dificuldades da gerência do cuidado ao paciente em ME estavam relacionadas à limitação da infraestrutura, recursos humanos, recursos materiais. Observa-se além dessas que ainda existe a falta de compreensão do processo e ausência de uma cultura de doação de órgãos o que compromete a visão dos profissionais acerca do paciente em morte encefálica prejudicando a gerência do cuidado a esse paciente.

Salienta-se que os cuidados relacionados ao paciente em morte encefálica envolvem aqueles relativos à monitoração e suporte hemodinâmico do paciente, manutenção da temperatura corporal, controle do balanço hidroeletrólítico, controle glicêmico, controle da nutrição, necessidade de transfusões,

manutenção e controle de diurese e demais recomendações para doação de órgão-específicos.

Assinala-se que a morte encefálica requer compreensão para além das esferas técnicas. Trata-se ainda de princípios humanos e cidadania de todos os envolvimento para a real desmistificação do significado da doação de órgãos para manutenção de uma nova vida em outro alguém.

REFERÊNCIAS

1. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Melo GSM, Torres GV, Araújo EC, Miranda FAN de. Facilitating aspects and barriers in the effectiveness of donation of organs and tissues. Texto & contexto enferm [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 08];23(4):925-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-00925.pdf>
2. Brasil. Decreto n. 9.175, de outubro de 2017: regulamenta a Lei n. 9.434, sancionada em 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 08]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decreto/2017/decreto-9175-18-outubro-2017-785591-publicacaooriginal-153999-pe.html>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009: aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União, Poder Executivo [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 06]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html
4. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (BR). Registro Brasileiro de Transplantes de Jan/Set de 2017 [Internet] São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2017 [cited 2018 Jan 30]; Available from: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=557&c=1102>
5. Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina, Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina - SES/SC. Dados sobre doação e transplante 2016. Available from: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>
6. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV, Araújo EC, Costa IKF, Melo GSM. Structure, process and outcomes of organ and tissue donation for Transplantation. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 08];68(5):837-45. Available from:
7. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002: dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo [Internet]. 2002 [cited 2015 Apr 06]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/20anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html
8. Freire ILS, Mendonça AEO, Dantas BAS, Silva MF, Gomes ATL, Torres GV. Process of organ and tissue donation for transplant: reflections about its effectiveness. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 July [cited 2018 Jan 12];8(supl. 1):2533-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9948/10260>
9. Treviso P, Peres SC, Silva AD, Santos AA. Nursing skills in care management. Rev Adm Saúde [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 08];17(69):1-15. Available from: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/78>
10. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Nurses' practices in the nursing and health care management: integrative review. Rev bras enferm [Internet]. 2013 Apr [cited 2019 Mar 08];66(2):257-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>
11. Magalhães ALP, Lanzoni GMM, Knih NS, Silva EL, Erdmann AL. Patient safety in the process of organ and tissue donation and transplant. Cogitare Enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 08];22(2):e45621. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45621/pdf_en
12. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
13. Souza BSJ, Grudka GL, Mola R. Notification of brain death in the hospital. Rev RENE [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 08];16(2):194-200. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2705/2090>
14. Cavalcante LP, Ramos IC, Araújo MAM, Alves MDS, Braga VAB. Nursing care to patients in brain death and potential organ donors. Acta paul enferm [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 08];27(6):567-72. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf>

1. 15. Pestana AL, Erdmann AL, Sousa FGM de. Emerging the complexity of nursing care facing a brain death. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 08];16(4):734-40. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400013

15. Freire ILS, Mendonça AEO, Pontes VO, Vasconcelos QLDAQ, Torre GV. Brain death and care in maintaining the potential of organ and tissue transplant donors. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 08];14(4):903-12. Available from:

<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a19.pdf>

16. Cassettari SSR, Mello ALSF. Demand and type of care provided in emergency services in the city of Florianópolis, BR. Texto & contexto enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 08];26(1):e3400015. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e3400015.pdf

17. Westphal GA, Caldeira Filho M, Vieira KD, Zaclikevis VR, Bartz MCM, Wanzuita R et al. Guidelines for potential multiple organ donors (adult). Part III. Organ-specific recommendations. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2011 [cited 2019 Mar 08];23(4):410-25. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a05v23n4.pdf>

18. Pessoa JLE, Schirmer J, Roza BA. Evaluation of the causes for family refusal to donate organs and tissue. Acta paul enferm [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 08];26(4):323-30. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/en_v26n4a05.pdf

19. Fonseca PIMN, Tavares CMM, Silva TN, Nascimento VF. Difficult situations management in organ donation interview. Rev port enferm saúde mental [Internet]. 2016 out [cited 2019 Mar 08];(4):69-76. Available from:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000400011

20. Bedenko RC, Nisihara R, Yokoi DS, Candido VM, Galina I, Moriguchi RM et al. Analysis of knowledge of the general population and health professionals on organ donation after cardiac death. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 08];28(3):285-93. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-20160043.pdf>

21. Bocci MG, D'Aló C, Barelli R, Inquscio S, Prestifilippo A, Di Paolo S et al. Taking Care of Relationships in the Intensive Care Unit:

Positive Impact on Family Consent for Organ Donation. Transplant proc [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 11];48(10):3245-50. Available from:

[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0041-1345\(16\)30692-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0041-1345(16)30692-3)

Submissão: 08/10/2018

Aceito: 13/03/2019

Publicado: 01/05/2019

Correspondência

Aline Lima Pestana Magal
Avenida Professor Henrique da Silva Fontes.
321
Bairro Trindade
CEP: 88040-900 – Florianópolis (SC), Brasil