



DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: MITOS E VERDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Dorelayne Aparecida Brites ¹

Fabiane Merotto ²

Antonio Carlos Frasson ³

Resumo: A possibilidade de cura que os transplantes de órgãos proporcionam para aqueles com doença orgânica terminal faz com que a indicação para este tratamento continue aumentando. Paralelamente, o número de doações realizadas não acompanha o número elevado de pacientes cadastrados em filas de espera. Objetivou-se neste trabalho analisar o conhecimento, atitude e os significados que os profissionais de enfermagem atribuem à doação de órgãos. Trata-se de estudo quali-quantitativo, descritivo e de campo. A coleta de dados deu-se por intermédio de questionário aplicado a nove profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de uma Instituição Hospitalar de Ponta Grossa-PR. Observou-se que 77,8% dos profissionais têm atitude favorável à doação e que 66,8% acreditam que assistência de enfermagem exerce influência na decisão familiar em consentir a doação. Os significados da doação que mais evidenciaram-se foram o altruísmo e o cuidado. Quanto ao conhecimento, observou-se que os profissionais até o possuem, porém de forma parcial, e que alguns não fazem distinção entre os cuidados básicos e os específicos necessários para garantir a viabilidade dos órgãos. Por fim, constatou-se neste estudo a importância da capacitação dos profissionais que atuam no processo de doação e a necessidade de ações de educação continuada para que além de conhecimento técnico-científico, esses profissionais entendam a necessidade de atuarem engajados no propósito de cuidado ao potencial doador e seus familiares, e o mais importante que essa equipe acredite no benefício da doação, para que assim, ao abordar ou simplesmente ao estar com os familiares passe a eles confiança no trabalho pela equipe desenvolvido.

Palavras-chave: Doação de órgãos. Enfermagem. Morte encefálica.

¹ Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE. Email: dorelayne@hotmail.com

² Docente de Enfermagem do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais CESCAGE, Especialista em Saúde do Adulto. Email: fabiane.enfermagem@clnicasabedotti.com.br

³ Professor Coordenador de Educação Superior em Saúde do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais CESCAGE. Email: ancafra@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A morte sempre foi um tema envolto em mistério e pouco discutido pelas pessoas, inclusive entre aquelas ligadas à questão, os profissionais de enfermagem. Tendo em vista que a formação destes é voltada para a cura, pouco é abordado durante a graduação a respeito da morte e como trabalhar com ela. Outras questões pouco abordadas durante a graduação são as relativas à doação de órgãos e uma das etapas que compreende a doação é a determinação da morte do paciente, neste caso a morte encefálica (ME).

Estudos científicos comprovam que não há possibilidade do organismo manter as funções fisiológicas por tempo prolongado sem que o cérebro esteja apto para isso como ocorre na ME. Em contrapartida, outros trabalhos evidenciam que mesmo com a comprovação acima citada, os profissionais de enfermagem ainda apresentam dificuldades em assimilar a ME como sendo o fim da vida e não mais a falência do coração.

Esta situação aliada à expectativa que os familiares dos pacientes depositam nos profissionais de enfermagem tende a prejudicar o processo de captação de órgãos, visto que tais profissionais são também formadores de opinião.

A possibilidade de cura ou uma melhor qualidade de vida que os transplantes de órgãos proporcionam, vêm acompanhada de dilemas, medos e anseios para a sociedade independente de sexo, raça, idade, religião ou cultura e, até mesmo grau de instrução.

O avanço de técnicas cirúrgicas e medicações utilizadas para controlar a rejeição dos órgãos e tecidos, fez com que o transplante de órgãos passasse de prática experimental à opção terapêutica. Paralelamente o número de pacientes com indicação deste tratamento passou a ser muito maior que a quantidade de órgãos disponíveis.

Diante do exposto a pergunta de pesquisa desse trabalho é: qual o entendimento dos profissionais de enfermagem que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva tem sobre a doação de órgãos?

Assim o objetivo que se apresenta é delinear o conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva a respeito da doação de órgãos.

O interesse pelo assunto ocorreu por meio da compreensão da necessidade de maior conhecimento a respeito da doação de órgãos e tecidos. A evolução trazida pelas avançadas técnicas de transplantes nos últimos 13 anos fez a fila de pacientes em busca desse tratamento aumentar significativamente uma vez que é uma opção para doença orgânica terminal. Rech e Rodrigues (2007) ao abordarem a doação de órgãos afirmam que assim que os transplantes se firmaram como opção terapêutica o fator que contribuiu de maneira significativa para o desequilíbrio entre o número de pacientes aguardando em fila de espera e o número de transplantes realizados é, sem dúvida, a falta de órgãos disponíveis.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Incontestavelmente, são inúmeros os avanços ocorridos nas últimas décadas na área da saúde, em especial no que se trata dos transplantes de órgãos. Os quais, ao passarem de prática experimental a opção terapêutica, trouxeram a possibilidade de qualidade de vida e cura para aquelas pessoas com falência orgânica terminal.

Sendo assim, as crescentes indicações de pacientes a este procedimento levaram à desigualdade entre o número insuficiente de órgãos e os números de pacientes cadastrados em filas de espera.

Inúmeras são as causas atribuídas à escassez de órgãos. Moraes; Massarollo (2009), Rech; Rodrigues (2007), Guetti; Marques (2008), ao percrustarem sobre os motivos que levam a essa situação demonstram que estes vão desde a atribuição de falhas nos sistemas de saúde quanto à omissão ou erros na identificação de potenciais doadores, passando pela falta de informação da população. Constata-se ainda, a negativa da família em consentir a doação, sendo esta considerada como fator predominante em fazer com que os números de doações não cresçam a mesma medida que as filas de espera por um órgão.

Isto vem comprovar que a quantidade de órgãos doados não é suficiente para atender a demanda daqueles a espera pelo transplante. Em relação ao processo de disponibilização de órgãos tem-se que o mesmo pode acontecer de duas formas: a doação inter vivos e a doação post mortem.

Em relação à doação inter vivos tem-se que, a mesma é uma forma de doação que pode acontecer sem que seja necessária a determinação de morte

encefálica (ME). Nesta, o órgão é proveniente de um doador vivo como, por exemplo, nos casos de doação de um rim da mãe para o filho.

Para que essa doação possa acontecer é necessário que certos requisitos sejam respeitados como: o doador deve ser juridicamente capaz, quando não, somente com a autorização expressa dos pais; estar em condições de saúde satisfatórias para a doação; ter a garantia de que tal procedimento não venha a comprometer sua saúde; doar apenas órgãos duplos (rim e pulmão), ou com capacidade regenerativa (fígado, pâncreas e medula óssea). Essa forma de doação só poderá ser realizada entre pessoas até o quarto grau de parentesco, e quando para outros, somente com autorização judicial. (BRASIL, 1997, Lei nº 9.434/97)

A que diz respeito à doação *post mortem* é aquela em que, após o paciente ter sido submetido a um protocolo de exames clínicos neurológicos e exame complementar de imagem tenha recebido o diagnóstico de ME. Essa forma de doação é permeada de dilemas, medos e anseios. O mais observado e instigante é o momento da determinação da morte do indivíduo, neste caso, a determinação de ME.

Em relação ao processo tem-se que, o significado de morte mais tradicional e reconhecido pela lei e no qual a população na sua maioria acreditava ou, ainda acredita, é aquele que traz como definição de morte a cessação total e permanente das funções vitais (batimentos cardíacos e respiração), conceito este que por muito tempo foi bem aceito por todos. (FRANÇA, 2004).

As causas de morte variam desde o desfecho de uma doença em fase terminal, patologia grave ou repentinamente como conseqüência a um acidente. Sendo assim o modo como às pessoas recebem a notícia da morte modificam-se também de acordo com a causa.

Além destes fatores, outro ponto a interferir na aceitação da morte, não somente por parte dos familiares, mas também pelos profissionais de enfermagem, é a utilização de recursos disponíveis nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Tais recursos possibilitam, por exemplo, a manutenção de funções como a oxigenação dos tecidos por meio da ventilação mecânica.

Os pacientes mantidos sob esses meios mantêm a esperança de vida entre os familiares e profissionais de enfermagem que não admitem a ME como fim da vida. Acreditar que o paciente que ainda tem o coração batendo e a pele quente,

mesmo que mantidos através de meios artificiais, se contrapõe à idéia de morte que as pessoas na maioria têm.

Essa situação pode interferir na forma em que o profissional em questão irá atuar no cuidado ao potencial doador e também aos seus familiares e, dessa forma, no desfecho do processo de doação de órgãos.

Segundo Taylor, Lillis, LeMone (2007, p. 905), “enquanto alguns saúdam a morte e mesmo a apressam, escolhendo a época e o modo de morrer, outros a temem e tentam de tudo para atrasá-la”.

Quando a morte acontecia em casa havia dificuldade, por parte dos familiares, em compreendê-la e até mesmo aceitá-la. Porém, ao participar do processo de morte e prestar o cuidado ao familiar, a família tinha a sensação de que tudo o que estava ao seu alcance foi feito. E principalmente, que os cuidados prestados eram, sempre que possível, de acordo com as decisões e vontades do paciente, dessa forma tornando o processo morte - morrer menos doloroso. (SILVA; SILVA 2007).

Para Potter e Perry (2004, p. 87 – 88) o cuidado é uma necessidade humana essencial à vida, a qual exerce influência na forma de ser e agir de todo ser humano. Com a institucionalização da morte, a enfermagem passou a fazer parte deste processo. Incluído na enfermagem está sem dúvida o cuidado, a preservação e restauração da vida. Além de ser tida como referencial para suporte e alívio nos momentos de sofrimento e angústia pelos quais pacientes e familiares passam em alguns momentos da internação.

A sociedade, de maneira geral, visualiza o profissional de enfermagem como sendo o apoio necessário nos momentos de sofrimento. Mas nem sempre os profissionais vão ao encontro das expectativas dos familiares, principalmente se levarmos em consideração que a graduação é direcionada para a cura.

Ao abordar o enfermeiro como modelo no processo morte-morrer Taylor, Lillis, LeMone (2007), mencionam o envolvimento do profissional de enfermagem com o paciente e o pesar que este sente ao perdê-lo como sendo um processo natural pelo qual todos irão passar. As autoras ainda afirmam que não é justo que os profissionais de enfermagem atuem em situações de morte sem a presença de sentimentos, visto que, essa situação mesmo quando exigida é irreal.

Finitude e renascimento são os significados que os enfermeiros concedem a morte segundo uma pesquisa realizada. Porém, os mesmos apresentam

sentimentos discordantes pela morte, como acreditando ser um processo natural quando acontece com o paciente, mas extremamente doloroso quando acontece com os próprios familiares. (LIMA, SILVA E PEREIRA, 2009)

Embora a forma de aceitar e conceber a morte seja um tema conflitante e muito pessoal, desde que se iniciaram os transplantes existe a necessidade de se determinar o momento em que uma pessoa passa a ser considerada como morta. E no que se refere à doação *post mortem*, é imprescindível que seja caracterizada a ME no potencial doador.

No Brasil, uma exigência para que o paciente receba o diagnóstico de ME e, portanto, possa acontecer à doação *post mortem*, é a sua submissão a uma série de exames clínicos neurológicos e a um exame complementar, sendo este de caráter confirmatório e obrigatório em todo e qualquer caso. Todos os testes clínicos assim como o exame complementar são regidos por um protocolo, o qual consta na Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 1.480/97. Ainda nesta resolução fica determinado que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale a morte de um indivíduo. (BRASIL, 1997, Lei nº 9.434)

Segundo Andrade *et. al.* (2007), Morato (2009), Mozachi (2007), antes de se dar início ao protocolo para o diagnóstico de ME e processo de doação *post mortem*, deve-se também observar e respeitar alguns requisitos como: a identificação hospitalar do paciente; conhecimento da causa e irreversibilidade do coma, confirmado por exame de imagem ou líquido cefalorraquidiano; ausência de graves alterações metabólicas e/ou uso de drogas depressoras do sistema nervoso central. Assim como certificar-se de que o paciente não esteja sob efeito de álcool, cocaína, crack, entre outros, e ainda, que o mesmo não esteja apresentando hipotermia.

Neumam; Abudd; Garcia (1997, p. 92) ao tratarem da definição de ME citam que “o termo é utilizado para descrever um estado de destruição irreversível da função cerebral. Apesar da atividade cardíaca presente, a cessação da função de todos os órgãos é iminente e inevitável”.

Da mesma forma Goldman e Bennett (2005, p. 2663) afirmam que “a cessação irreversível da função cárdio-pulmonar impossibilita a função do cérebro. O oposto também é verdadeiro. A morte do organismo pode, portanto ser determinada com base na morte do cérebro”.

Apesar da forma de aquisição de múltiplos órgãos e órgãos vitais ser a captação destes de pacientes em ME, existem aqueles que defendem que o único

motivo pelo seu estabelecimento não é o da obtenção de órgãos. Para Neumam, Abudd, Garcia (1997, p. 92) “[...] embora o conceito de morte cerebral seja importante para o transplante, ele não foi criado em seu benefício”.

Para autores como França (2004) e Neumam, Abudd, Garcia (1997) a definição de ME veio para satisfazer familiares de pacientes hospitalizados, em tratamento suportivo, a fim de amenizar o sofrimento que ambos vivenciam.

Outro fato citado pelos autores acima mencionados, quanto à determinação da ME, é a possibilidade que esse diagnóstico traz de reduzir os gastos gerados pela internação e tratamento prestado a esses pacientes que, sem prognóstico de melhora, ocupam leitos que poderiam estar sendo utilizados por outros pacientes com perspectiva de vida.

Em contradição a esta afirmação existem aqueles que acreditam que a definição de ME foi sim instituída para beneficiar os transplantes de órgãos. (BATISTA, SCHRAMM, 2004)

Da mesma forma que os autores anteriormente citados, Puppo, Biestro e Prado (2004), ao discorrerem sobre as evoluções ocorridas nas ciências médicas durante o século XX, nos conduzem a dois fatos que mantêm relação com a definição da ME.

Os mesmos mencionam e consideram como de particular importância o início da transplantologia. Em 1967 o Comitê de Ética da Universidade de Harvard (1967) inspecionava a investigação clínica e seus membros sentiam a urgência da definição de novos critérios que subsidiassem a formação de um marco ético para a técnica médica em questão. Ou seja, para eles a definição de ME vinha para favorecer a nova opção terapêutica. Outro fato discutido pelos autores é a evolução tecnológica, que veio a permitir a supressão de funções fisiológicas, como acontece no emprego de ventiladores. (PUPPO, BIESTRO e PRADO, 2004)

Ainda buscando referências que corroborem a afirmação de que a definição da ME aconteceu em decorrência dos transplantes de órgãos temos a seguinte declaração.

A importância desse conceito está na racionalização e no direcionamento de recursos para a manutenção de um potencial doador de órgãos, de modo que a espera pela parada cardiorrespiratória em um paciente já com disfunção cerebral pode levar à deterioração de diversos órgãos e tecidos que, de outra forma, poderiam salvar vidas. (VENDRAME, BOASQUEVISQUE e GAZONI, 2007, p. 44)

Estudos realizados por Rech e Rodrigues (2007), Roza (2005), Santos e Massarollo (2005), mostram que quando a família é bem orientada quanto ao processo de doação de órgãos, desde o conceito de ME até como ocorre à entrega do corpo a família após a captação, as taxas de consentimento são maiores. E ainda, que a satisfação por parte dos familiares em relação ao cuidado prestado ao paciente e atenção dispensada aos familiares, exerce influência nas taxas de consentimento para a doação.

Apesar de pesquisas mostrarem que, de uma maneira em geral, a população entende a necessidade e concorda com a importância que a doação de órgãos tem na atualidade, o número de doações efetivas não é satisfatória para atender a demanda de pacientes cadastrados em infindáveis filas de espera.

Em pesquisa realizada por Roza (2005), com familiares de doadores em ME, a qual avaliou a experiência de doar órgãos e a intenção em fazê-la novamente 79,4% (54), afirmaram que doariam novamente, 13,2% (9), não doariam e 7,3% (5), não souberam responder. Quando questionados sobre os motivos pelos quais não consentiriam a doação novamente, pôde-se observar que a forma como foram acolhidos na instituição e abordados para o consentimento foi determinante em não autorizarem a doação de órgãos em outra ocasião. Neste mesmo estudo percebeu-se significativa associação (78,5%), entre aqueles que eram a favor do benefício de auxílio-funerário, concedido no estado de São Paulo, com a intensão em doar novamente e também entre os que utilizaram o benefício, os quais consentiriam a doação se solicitados novamente (72,5%).

2.1 Consciência corporal na doação de órgãos

Desde o início da chamada “Era dos Transplantes” a doação de órgãos depara-se com questões socioculturais, éticas e legais. Sendo assim as opiniões divergem a seu respeito.

Há aqueles que a defendem como sendo uma atitude de devoção ao próximo afirmando que “[...] o ato de doar órgãos e tecidos é uma atitude altruísta”. (FUHR, 2006, p. 38),

Da mesma forma Moraes, Gallani e Meneghin (2005, p. 484) tratam a doação de órgãos como sendo esta “[...] uma concessão graciosa feita em vida [...], ou após a morte”. Ou seja, com o único intuito de fazer o bem.

Porém há aqueles que discordam de tal conceito. Afirmando ser a doação de órgãos um comércio entre os seres humanos da atualidade. (STAINER, 2004).

Bendassoli (1998, p. 8) assegura que o ato de doar ou não os órgãos é muito maior que a solidariedade, preconceito ou simplesmente falta de conhecimento de uma determinada pessoa. Mas que se trata de “uma solicitação que remete o indivíduo à fronteira que o liga e o separa, ao mesmo tempo da Cultura e da Natureza”.

Ao abordar a indisponibilidade de órgãos para atender aqueles que aguardam em infindáveis filas de espera Stainer afirma que a doação de órgãos não pode ser considerada e vista apenas como um ato solidário.

[...] essa doação não pode se remeter à doação modesta, aquela que, fundada na compaixão, no altruísmo ou na amizade, põe uma “pitada de sal” na vida cotidiana: relacionando indivíduos iguais [...] a “doação” de órgãos escapa a isso ao tocar os limites da vida e da morte e, portanto, se inclui na dimensão de uma doação primordial, [...], que põe em jogo as poderosas dimensões simbólicas da relação do homem com o mundo. (STAINER, 2004, p. 102)

Lima, Silva e Pereira (2009), ao investigarem os significados que os profissionais de enfermagem atribuem à doação de órgãos constataram que estes concedem ao ato de doar a acepção de solidariedade, desprendimento da matéria e chance de vida. Porém, observaram que alguns apresentam sentimentos contraditórios pela doação, ainda mais quando já presenciaram casos em que o transplante de órgãos não obteve sucesso.

Acredita-se que, o vínculo estabelecido por uma pessoa com seu próprio corpo e a representação que cada órgão tem para o indivíduo exerce influência na forma de pensar e agir quanto à doação de órgãos.

A relação que alguém estabelece com seu coração, seus rins, seu fígado ou com seus pulmões, por exemplo, remete àquela derivação de conteúdos inconscientes que se sedimentaram neles graças ao perímetro cultural que os circundavam, pois a cada órgão é vinculada uma fantasia básica graças à universalidade de certos símbolos a eles correspondentes. Tais símbolos são representações especialmente adequadas para receber sobre si determinadas fantasias inconscientes, da mesma forma que o são os sonhos, as lendas e os mitos. (CAPISANO apud BENDASSOLI, 1998, p. 4)

Sendo o corpo o lugar onde o ser humano tem a possibilidade de encontrar-se consigo mesmo e no qual estão fixados os valores individuais e culturais, este passa a ser visto por alguns autores como sendo muito mais do que uma estrutura organizada contendo órgãos que trabalham para a manutenção da vida.

Para eles o que existe é uma relação entre esse conjunto de órgãos e a vida (emocional/cultural), de cada pessoa. Sendo assim o indivíduo é a associação do corpo e mente. (BENDASSOLI, 1998)

O culto ao corpo e os valores concedidos a ele, mesmo após a morte, também são influenciados pela cultura da qual o indivíduo faz parte. Referente aos valores concedidos a vida e a morte:

Existem dois valores a serem preservados: a vida, devendo o doador ser escrupulosamente respeitado; e a dignidade do cadáver, pois este não é um objeto, uma coisa; apesar de simultaneamente estar sujeito à destruição, deve ser cercado de respeito, pois o cadáver continua tendo a qualidade humana da pessoa à qual pertenceu. (LIMA, MAGALHÃES E NAKAMAE, 1997, p. 8).

Ainda sobre o culto ao corpo e seus valores.

Memória da cultura, de seus valores, normas, códigos e símbolos, o corpo não deixa de ser (re) construído do longo do tempo. É o lugar sobre o qual se apóiam as expressões psicológicas, se fixam os limites e os avanços das soluções científicas e tecnológicas, se expressam os temores, os anseios e a imaginação culturais, configurando-se, ele próprio, um processo. Assim como cada cultura possui um corpo, cada um entretém com ele reações específicas determinadas, em parte, pelas vicissitudes culturais de seu tempo, e, por outro, pela dinâmica psicológica relacionada com tais vicissitudes culturais. (BENDASSOLI, 1998, p. 4)

Tratando da valorização do corpo humano, mesmo após a morte, Ávila (2006, p. 148), cita que “o evento morte, não implica necessariamente, a inobservância da dignidade humana, pois o corpo ainda revela os resquícios fundamentais da identidade do homem”.

Ao tratarem dos aspectos éticos dos transplantes de órgãos e conseqüente escassez dos mesmos Almeida e Muñoz trazem para discussão e, ainda, defendem o poder do Estado sobre o corpo.

No Brasil, as autoridades têm o poder de ordenar uma necrópsia, independentemente da vontade do morto ou de seus parentes. E costumeiramente o fazem nos casos médico-legais e de verificação de óbito. E quando existe uma razão muito menos importante e relevante do

que salvar uma vida, seja do ponto de vista ético, seja do ponto de vista jurídico. [...]. Portanto, se a lei pode determinar que uma autópsia seja realizada, não seria muito mais importante, lógico e, sobretudo ético se pudesse também ordenar um transplante? Se a possibilidade de usar órgãos de cadáver para transplante fosse automática (embora não obrigatória), muitas centenas, talvez milhares de vidas, pudessem ser salvas todos os anos [...] (Sanders & Durkeminier apud Almeida e Mufioz, 2002, p. 153)

Devido a inúmeros fatores de ordem jurídica, ética e cultural que permeiam a doação de órgãos e transplantes é que por muitos anos leis que determinam critérios para a constatação da ME e regulamentação da doação de órgãos foram criadas a fim de se legalizar tais procedimentos.

2.2 Legislação brasileira sobre doação de órgãos

O histórico de leis do Brasil, referentes à doação de órgãos e transplantes é relativamente curto. No ano de 1968, a criação da Lei nº 5.479 legalizou a doação inter vivos e revogou a primeira lei que dispunha sobre transplantes e retirada de órgãos de cadáveres, Lei nº 4.280 de 1963.

Até o ano de 1992 a forma de doação de órgãos era a doação voluntária. Nesta, o indivíduo era responsável em consentir a doação de seus órgãos e à família restava apenas a manifestação contra ou a favor da doação somente nos casos em que o paciente não havia manifestado em vida sua opção.

Ainda no ano de 1992 foi criada a Lei nº 8.489 a qual implantou o consentimento presumido, ou seja, qualquer pessoa que não tivesse a observação “não doador de órgãos e tecidos” registrada na carteira de identidade e/ou habilitação, seria automaticamente considerada como doadora de órgãos. Conseqüentemente não seria necessária à autorização de familiares para o procedimento. Mas, apesar de respaldados por lei, os médicos continuaram a solicitar autorização dos familiares. A partir desta mesma lei, foi adotado o critério de ME. (BRASIL, 1992, Lei nº 8.489)

Referindo-se ao consentimento presumido e a sua extinção Almeida e Muñoz afirmam.

[...] a experiência tem demonstrado, [...] que o sentimento de benemerência e generosidade não é forte o bastante em um suficiente número e pessoas

para operar uma sociedade sem o recurso a regras, regulamento e leis. [...] as políticas devem elaboradas para as sociedades do jeito que estas são. Será responsável permitir que alguém dependa, e provavelmente morra, à espera de chance remota de que alguém seja tocado pelo espírito da generosidade? Será que é razoável permitir que aqueles que poderiam ser salvos, morram, de modo a preservar somente uma das inúmeras avenidas existentes para a expressão de nosso altruísmo? Sem sombra de dúvida, precisamos de razões bem mais consistentes do que essa, para rejeitar uma política de consentimento presumido. (ALMEIDA E MUÑOZ, 2002, 155.)

A doação de órgãos através do consentimento presumido permaneceu até o ano de 2001. Neste mesmo ano a Lei nº 10.211 veio para extinguir tal forma de doação. Passando todas as doações a serem realizadas somente após o consentimento expresso de familiar ou responsável legal do mesmo, ainda que as opiniões entre o possível doador e familiar fossem divergentes. Dessa forma perdendo o valor as informações sobre a autorização da doação dos órgãos, contidas nas cédulas de identidade e carteira de habilitação. Essa autorização poderá ser realizada pelo cônjuge ou parente maior de idade, respeitando a linha sucessória, reta e colateral até o 2º grau de parentesco conforme consta na Lei 9.434/97. (BRASIL, 2001, Lei nº 10.211)

Referente à necessidade legal em se realizar a entrevista familiar e solicitar a autorização para que a captação de órgãos ocorra Curtin apud Almeida e Muñoz declaram.

Qualquer política que coloque o ônus da decisão e da aprovação sobre a família no seu mais intenso momento de dor é, não somente insensata e insensível, mas fadada ao fracasso e ao insucesso. Quando se está nestas ocasiões de grande impacto emocional o que se precisa é exatamente de procedimentos rituais, rotineiros e automáticos, que nos livrem da pressão insuportável de ter de decidir. (CURTIN apud ALMEIDA; MUÑOZ, 2002, p. 155.)

Atualmente a lei em vigor é a Lei nº 9.434/97, que após as modificações legais para seu aprimoramento, trata da gratuidade dos órgãos e tecidos a serem doados, realização de exames para triagem diagnóstica, obrigatoriedade da autorização expressa do responsável pelo paciente e dos critérios diagnósticos de ME. Quanto à doação inter vivos, reforça que a doação poderá ser realizada somente entre parentes consangüíneos e até o 4º grau ou cônjuge, e, nos casos de não-aparentados, dependerá de autorização judicial. (BRASIL, 1997, Lei nº 9.434)

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, descritiva, bibliográfica e de campo, onde o método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa foi o indutivo.

A presente pesquisa contou com a participação de nove dos 41 profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de uma Instituição Hospitalar de Ponta Grossa-Pr. Sendo um enfermeiro, sete técnicos em enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos por estarem em contato direto com o potencial doador, sendo assim participando direta ou indiretamente do processo de doação de órgãos. A escolha pelo campo de pesquisa ocorreu pelo fato de ocorrer a captação de órgãos de pacientes em ME nesta Instituição.

A coleta de dados foi efetuada por intermédio de um questionário contendo 2 questões fechadas e 6 abertas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CEP/CESCAGE) sob o protocolo nº 428/08.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico tem como objetivo descrever e analisar os dados coletados. Para tanto os mesmos foram divididos em seis categorias. Primeiramente será apresentada a categoria Decidindo a doação, na seqüência serão discutidos os Significados da Doação, a Assistência de enfermagem e a decisão familiar e por último Conhecimento sobre o processo de doação e morte encefálica.

4.1 Decidindo a doação

Nesta categoria serão apresentadas as opiniões que os entrevistados expressaram a respeito de serem ou não doadores de órgãos, assim como a

decisão de autorizar ou não a doação dos órgãos de um familiar caso este estivesse em morte encefálica (ME)

Relacionado à pergunta de partida, a qual questionava à opção em ser ou não doador de órgãos, porém sem especificar a forma de doação – doação *post mortem* ou inter vivos, tem-se o seguinte:

Dos nove entrevistados 77,8% (7) afirmam serem doadores de órgãos e 22,2% (2) informam não serem doadores.

A respeito dessa posição é interessante observar que: dos 7 optantes em serem doadores de órgãos tem-se que os mesmos são favoráveis à doação por acreditarem que ao doar estarão agindo por amor ao próximo e também salvando vidas. E ainda, por colocarem-se no lugar de quem aguarda pelo órgão em filas de espera.

O entrevistado E7, ao discorrer sobre isto, declara que a sua opção em ser doador se dá pelo seguinte: “Porque me coloco no lugar do receptor, [...] poderia ser alguém que amo ou eu mesmo que poderia estar na fila aguardando por um transplante para poder viver”.

Outros entrevistados, ao referirem-se a mesma questão declaram: “Porque salvar uma vida nunca é demais [...]” (E4). “Pela simples ajuda ao próximo, [...], pensando apenas na vida necessária a muitos.” (E6).

Ainda sobre a mesma questão, temos o esclarecimento do entrevistado E1 que declara “[...] já em discussão com minha família a respeito, eles não autorizam a doação, ainda falta entendimento a respeito.”.

Ao expor que seus familiares não são favoráveis a doação e que os mesmos não possuem conhecimento a cerca do processo de doação, o respondente ratifica que a negativa familiar é um entrave ao processo de doação de órgãos. Esta forma de agir dos familiares, somada a outros fatores, faz com que não haja número efetivo de doação, conseqüentemente, não permitindo que a lista de espera pelo transplante diminua.

Em estudos como os realizados por Moraes; Massarollo (2009), Rech; Rodrigues (2007) e Guetti; Marques (2008) a negativa familiar foi descrita como fator prevalente na diferença entre a demanda de pacientes à espera pelo transplante e a oferta de órgãos disponíveis para a execução do procedimento.

De acordo com a legislação brasileira vigente (Lei n° 9.434/97) a captação de órgãos pode ocorrer, somente, após o consentimento expresso por parte dos

familiares. Sendo assim, independente da manifestação feita em vida, favorável ou não à doação, a retirada dos órgãos do indivíduo fica sujeita a autorização familiar.

Observe a justificativa apresentada pelo entrevistado E8 para a negativa quando questionado se é doador de órgãos: “Não. Ainda não corri atrás tenho muita vontade de ser doador”.

De acordo com a explicação concedida pelo entrevistado E8 ao referir-se à sua vontade em ser doador, subentende-se que o mesmo acredita que é necessária a formalização de seu desejo. Mas, diferente do que muitos pensam para se tornar doador de órgãos basta, apenas, comunicar os familiares sobre a decisão. E, o mais importante, que os familiares no momento da solicitação façam valer a vontade do indivíduo.

Durante o período que compreendeu os anos de 1992 a 2001, a Lei ° 8.489 determinava que todos os brasileiros deveriam ter o registro da sua opção, em ser ou não doador de órgãos na cédula de identidade ou carteira de habilitação. Caso não houvesse registro de informação contrária à doação, o indivíduo seria considerado doador de órgãos sem que houvesse a necessidade de autorização familiar para a captação dos órgãos. Tal forma de doação, denominada como doação presumida, foi extinta no ano de 2001.

Referente à doação inter vivos 77,8% (7) dos entrevistados afirmam que aceitariam doar órgãos para um transplante inter vivos. Porém dois destes acrescentam que doariam, mas somente para familiares. Os demais, 22,2% (2), afirmam que não participariam desta forma de doação.

Tais elucidações evidenciam que os profissionais envolvidos desconhecem a legislação em vigor, a qual trata além da doação *post mortem*, sobre a doação inter vivos. Os entrevistados E9 e E1 assim declararam: “Se fosse para um familiar, pois existem riscos em uma doação inter vivos, como complicações e infecções”; “Doaria somente para um filho, mãe, irmão. Para um estranho não, pois não possuo tanto desprendimento”.

A atual legislação permite que esta forma de doação aconteça somente entre parentes consangüíneos e até o 4° grau de parentesco ou cônjuge e, que quando para não-aparentados, a concretização da doação dependerá de autorização judicial.

Em contrapartida a análise conjunta das respostas, referentes às questões que tratavam da opção dos entrevistados em serem doadores de órgãos, permite através das declarações dos entrevistados E2, E4 e E6, a discussão dos valores atribuídos ao corpo e a ligação do ser humano com a materialidade da vida.

[...] meu corpo após a morte não tem utilidade, [...] prefiro usar meus órgãos para salvar vidas. [...] possuo 2 órgãos e posso viver bem com um órgão porque não doar e ajudar alguém que está necessitando. (E2)

[...] não vou mais necessitar dos meus órgãos após a minha morte. (E4)

[...] daqui não se leva nada [...]. (E6).

Bendassoli (1998) ao discorrer a respeito da interação das pessoas com seu próprio corpo, afirma que essa relação pode sim interferir (negativamente ou não) no decorrer do processo de doação de órgãos.

Ainda com relação à doação inter vivos, o entrevistado E4 respondeu a questão de maneira a entender que a opção em participar do procedimento seria em virtude de estar em ME como é possível observar em sua declaração: “Porque acredito que embora meu corpo corresponda à vida, meu espírito não estará mais presente”.

Esta fala evidencia o fato de que a informação existente é insuficiente ou inadequada, mesmo entre os profissionais que participam do processo, visto que o enunciado da questão especificava que se tratava de uma doação inter vivos e não de doação em ME.

No tocante ao consentimento da doação de órgãos de um familiar em ME, tem-se que: 88,9% (8) dos entrevistados afirmam que autorizariam a doação dos órgãos e que 11,1% (1) não autorizariam.

Dos optantes em autorizar a doação um destes completa afirmando que doaria, mas somente se conhecesse esta vontade do indivíduo. Já o entrevistado E3, que é contrário à autorização, expressa como explicação para a negativa o seguinte: “Porque o familiar já está passando por um momento difícil, de tristeza e ainda esperar por mais um processo de doação”.

A discussão da doação de órgãos de um indivíduo em ME depara-se com a dualidade presente no processo, onde a dor e o sofrimento de uma família são necessários e passam a ser a esperança e alegria de outra(s). Quando uma doação acontece o doador e sua família, que consentiu a retirada dos órgãos, proporcionam aos receptores e seus familiares o ensejo de ter novamente esperança de vida, alegria e paz.

Situação particular e inerente à doação de órgãos é a transferência de sentimentos e significados que a família do doador transfere ao receptor, o qual pode reproduzir/retratar a continuidade da vida do ente querido do qual foram doados os órgãos. É importante que as pessoas entendam que autorizando a doação, a continuidade da vida que o processo permite que aconteça, não é restrita ao sentimento do familiar que autorizou a doação, mas também e principalmente para o receptor do órgão doado.

4.2 Significados da doação

A presente categoria foi constituída através da exposição dos significados atribuídos pelos funcionários à doação de órgãos e a sua participação no processo de doação.

Ao discursarem sobre os significados da doação, os entrevistados narram idéias como salvar vidas, amor ao próximo, ajuda e continuidade da vida.

O entrevistado E9, ao expor o significado atribuído por ele à doação, traz que a mesma “[...] é um ato de ajuda, é a manifestação da vontade de salvar uma vida”.

Da mesma forma faz o entrevistado E7 ao relatar que a doação tem como significado “A continuidade da vida, [...] esperança de quem precisa para continuar a viver”.

O significado altruísta atribuído pelos entrevistados à doação de órgãos vai ao encontro da opinião de autores como Furhr (2006) e Moraes, Gallani e Meneghin (2005). Estes defendem ser a doação um ato de bondade que pode ocorrer ainda durante a vida ou após a morte.

Esta atitude altruísta pode também ser observada no discurso do entrevistado E1 ao afirmar que a doação tem como significado “salvar vidas. Ato de benevolência”. Assim como, na declaração do entrevistado E4, onde ao apresentar o

significado que a doação tem para si, relata que a mesma representa “amor à vida, amor ao próximo”.

A análise dos discursos realizados pelos entrevistados, permitiu a observação da incompatibilidade entre as alegações atuais e anteriores do entrevistado E3. Onde no decorrer da entrevista mostrou-se contrário a doação de órgãos, porém ao discorrer sobre os significados que a doação tem para sim, relata que a mesma salva vidas.

Essa forma de contradição foi observada em uma pesquisa realizada por Lima, Silva e Pereira no ano de 2009. Nesta pesquisa foi constatado que os profissionais de enfermagem apresentam sentimentos contraditórios à doação, principalmente entre aqueles que em algum momento vivenciou um desfecho frustrado da captação/transplante.

Concernente aos significados atribuídos pelos entrevistados a sua participação no processo que envolve a doação de órgãos, é possível observar que esses significados têm expressiva relação com o cuidado prestado por eles ao potencial doador.

A declaração do entrevistado E6, ao referenciar o significado que atribui a sua participação, evidencia a ligação que os mesmos fazem entre a participação no processo e o cuidado prestado ao potencial doador. Onde declara que: “Continuamos cuidando e prestando cuidados essenciais ao paciente até à hora da doação”.

Os cuidados prestados ao potencial doador não são essenciais, mas sim específicos e com outros objetivos. Caberá ao profissional enfermeiro direcionar ações fundamentais para a manutenção dos órgãos. Os cuidados específicos ao potencial doador de órgãos consistem nos cuidados relativos aos sistemas cardiovascular, respiratório e endócrino, manutenção da temperatura corporal, cuidados com a córnea para evitar ulcerações da mesma, prevenção de infecção e cuidados com o sistema nervoso central.

A mesma relação faz o entrevistado E2 ao mencionar os significados da sua participação. Sendo estes “[...] os cuidados com o paciente durante todo processo do protocolo de morte encefálica”.

Para Potter, Perry (2004, p. 87-88) o cuidado é “um fenômeno universal que influencia o modo pelo qual as pessoas pensam, sentem e se comportam em

relação ao outro [...] é uma necessidade humana essencial, exigida para a saúde e sobrevivência de todos os indivíduos”.

É possível observar na fala do entrevistado E1 que o mesmo acredita que é importante cuidar não só do potencial doador, mas também de seus familiares. “A minha participação é muito importante desde o início do processo até o final, os cuidados prestados com o paciente e principalmente com a família que no momento se apresenta muito abalada”. (Grifo nosso)

Esta declaração pode ser ratificada tomando como referência Rech; Rodrigues (2007). Os quais, ao fazerem relação entre a satisfação dos familiares em relação ao cuidado prestado ao familiar e os números de doação, afirmam que quando o cuidado não é satisfatório as chances de haver o consentimento diminuem.

Ao discorrer sobre a sua participação no processo o entrevistado E9 garante que o sucesso da doação depende da sua participação, “[...], pois é com ela que dependerá o bom resultado na estabilização dos órgãos até a captação”.

É importante que cada membro da equipe reconheça sua importância no processo. Ao pensarem dessa forma existe um comprometimento maior com as atividades executadas pelos membros, não só no processo de doação, mas em qualquer situação que envolva o cuidado e o exercício da prática profissional.

A partir do entendimento fisiológico da ME a equipe cuidadora estará apta a elaborar um plano de cuidados compatível com as necessidades do paciente de modo a garantir ações específicas para a manutenção dos órgãos do potencial doador.

4.3A assistência de enfermagem e a decisão familiar

A presente categoria foi constituída por meio dos discursos realizados pelos entrevistados a respeito da influência que a assistência de enfermagem pode vir a exercer na decisão familiar para o consentimento ou não da doação de órgãos.

Quanto a essa questão tem-se o seguinte: 66,7% - (6) acreditam que a assistência de enfermagem interfere na decisão familiar; 22,2% - (2) acreditam que não existe relação entre a assistência e a decisão familiar e 11,1% - (1) acreditam

que às vezes ocorre interferência por parte da assistência de enfermagem na decisão familiar.

Os profissionais de enfermagem são o elo entre a família e a instituição hospitalar. São, além disso, os profissionais que mais tempo passam junto ao leito do paciente, neste caso, potencial doador e seus familiares. Esta proximidade muitas vezes faz com que a família sinta-se mais a vontade para solicitar informações e esclarecer dúvidas.

O entrevistado E4 ao discorrer sua opinião sobre a influência que a enfermagem exerce na decisão familiar aborda um tema muito utilizado atualmente nas instituições hospitalares, a Humanização da Assistência. “[...] este é um momento em que a família se encontra muito fragilizada, e nessa hora o apoio psicológico (humanização da assistência de enfermagem) entra em ação, podendo ter grande peso na decisão a ser tomada”.

Quando as famílias são bem acolhidas na instituição e recebem informações a respeito de todo o processo pelo qual seu familiar está sendo submetido, as taxas de consentimento são mais expressivas, conforme nos mostram os estudos realizados por Roza (2005), Santos e Massarollo (2005) e Rech e Rodrigues (2007).

A abordagem familiar é um momento ímpar durante o processo de doação. É esse o momento que a equipe dispõe para expor aos familiares à possibilidade da doação.

O entrevistado E6 ao discorrer sobre esta questão declara que: “Tudo é como acontece a conversa com a família, o esclarecimento sobre o que é uma doação de órgãos, que muitos familiares ainda não entendem o que é e como acontece uma doação de órgãos”.

Ao levar em consideração a complexidade e importância que a abordagem familiar tem no desfecho do processo de doação, é imprescindível que a mesma seja realizada por profissionais capacitados para tal momento, visto que, qualquer deslize poderá destruir toda uma intenção em autorizar a doação. Quando os membros da equipe têm segurança para sugerir a doação e se apresentam solidários, as taxas de consentimentos são maiores. (RECH; RODRIGUES, 2007)

O entrevistado E1 ao discursar sobre a assistência de enfermagem e sua influência na família manifesta o seguinte: “[...] a família passa por um momento muito difícil em relação a perda, qualquer situação difícil pode prejudicar todo o processo”.

Além da capacitação profissional, é importante que a equipe trabalhe de forma a conquistar a confiança dos familiares. Mas, isso desde o momento da admissão do paciente na instituição hospitalar e não somente quando existe o interesse na captação dos órgãos.

O entrevistado E2 ao expor sua opinião sobre isto declara que: “[...] quando a família é abordada desde o início do processo, prestando todas as informações necessárias, ajuda na decisão da família”.

Tendo os profissionais de enfermagem conhecimento sobre as fases que compreendem o processo de doação de órgãos, os mesmos terão a possibilidade de repassar informações fidedignas aos familiares e com maior segurança. O que favorece o processo.

Ainda fazendo referência a possível influência que a assistência possa exercer na decisão familiar, o entrevistado E8 declara que, às vezes, pode ocorrer interferência por parte da enfermagem na decisão familiar. Ainda mais quando a família não tem conhecimento sobre como se desenvolve o processo desde o diagnóstico da ME até a entrega do corpo a família, como podemos observar em sua declaração: “Às vezes sim, assusta um pouco, por falta de informação da família, muitos acham que vão retalhar o corpo”.

Rech e Rodrigues (2007) ao buscarem meios que auxiliem a abordagem familiar e que possibilitem aumento do número de doações, afirmam que quando se explica para a família algumas questões relativas à doação, que geralmente trazem dúvida aos familiares como, por exemplo, a mutilação e desfiguração do corpo, entre outras, as taxas de consentimento são mais elevadas.

O entrevistado E3 ao se manifestar sobre a questão justifica que a influência acontece quando a equipe está “orientando e explicando para a família todos os passos da doação de órgãos e a sua importância”.

Porém em contrapartida o entrevistado E9 não acredita que a forma como a assistência prestada ao potencial doador possa exercer alguma influência na decisão afirmando que “[...] a decisão de doar já vem de casa”.

Fazer com que a família seja parte integrante do cuidado e colocá-la a parte do processo de captação faz com que a mesma tenha confiança na equipe e no trabalho por ela desenvolvido, minimizando assim as dúvidas, medos e anseios, pois tudo que é desconhecido causa medo.

4.4 Conhecimento do Processo de Doação de Órgãos e Morte Encefálica

A presente, e última categoria a ser apresentada, é composta da análise das declarações quanto ao conhecimento dos membros da equipe de enfermagem acerca do processo de doação, do qual fazem parte direta ou indiretamente.

A equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao potencial doador, desta forma é necessário que a mesma possua conhecimento adequado a respeito do processo de doação. Não somente para garantir a qualidade da manutenção dos órgãos, mas também para transmitir segurança aos familiares do potencial doador.

Ao comparar as falas dos sujeitos, observa-se primeiramente que, a descrição de como o processo ocorre realizada pelo profissional enfermeiro é feita de maneira sucinta. O E1 demonstra: “Identificação do potencial doador – morte encefálica – notificação – realização de exames clínicos e de imagem (arteriografia) – abordagem a família – captação – entrega do corpo”.

Porém, esta forma de explanação da maneira em que se dá o processo, não é condição exclusiva do profissional enfermeiro como é possível observar na declaração do E5: “Tem que iniciar o protocolo da instituição do hospital após constatar a ME, comunicar a família”.

Ao discorrerem sobre como o processo de doação ocorre, os participantes mencionam a existência e necessidade de se realizar um protocolo para o diagnóstico da ME.

O protocolo que deve ser seguido para o estabelecimento do diagnóstico de ME é regido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução n° 1.480/97, e não um protocolo criado pelo hospital. Porém, existe a possibilidade de que a instituição realize acréscimos ao protocolo do CFM adequando para uso na instituição, mas em nenhum momento poderá ser excluída qualquer etapa do processo preconizado pelo CFM.

Para outros entrevistados a descrição de como ocorre o processo passa a ser mais minuciosa, como podemos observar na explicação do entrevistado E4.

1° realização do protocolo de morte encefálica (confirmação da morte); 2° transferir a informação para a família; 3° se a família aceitar a doação a instituição deve contatar a central de doação para avisar provável doador; 4° realizar todos os exames que confirmem que o doador tem condições de

doação; 5° preservar o paciente na UTI e estabilizar hemodinamicamente até a doação.

Da mesma forma pormenorizada faz o sujeito E7 ao discorrer sobre o processo.

Primeiro se contata a morte encefálica através de protocolos, sendo três testes de reflexos por 2 neurologistas diferentes em um espaço de horas, teste de apnéia, exames de gasometria, por último arteriografia, então em contato com a família para autorização, avisa a captação, são retirados os órgãos e encaminhados para o destino já certo de cada um.

Segundo a Resolução n° 1.480 de 8 de Agosto de 1997, o intervalo de tempo entre uma avaliação clínica e outra em pacientes acima de dois anos de idade deverá ser de 6 horas, para pacientes de 1 a 2 dois anos incompletos o intervalo passará a ser de 12 horas, já para aqueles com idade entre 2 meses a 1 ano incompleto será de 24 horas e de 48 horas para pacientes com idade entre 7 dias a 2 meses incompletos.

Outra explicação detalhada é a realizada pelo participante E9, onde o mesmo declara que: “Começa com a identificação do potencial doador, a notificação, avaliação do doador, a retirada dos órgãos com as técnicas de preservação dos mesmos, e então são encaminhados aos seus destinos para o transplante”.

O exame diagnóstico de ME é rotina para todo paciente em coma e deve ser realizado em caráter de urgência. A família deve ser comunicada da suspeita da ME e quando do início do protocolo para o diagnóstico que, se confirmado, sua a notificação à Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos é compulsória. (VENDRAMI, BOASQUEVISQUE E GAZONI, 2007).

De acordo com o CFM o coma com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia são os critérios clínicos para a determinação de ME. Para que tais critérios possam ser apreciados são realizados exames clínicos que avaliam a atividade motora supra-espinal através da avaliação dos reflexos pupilar, córneo-palpebral, óculo-cefálico, vestibulo-ocular e de tosse.

Logo após a realização dos testes que avaliam os reflexos do tronco cerebral e estes apresentarem como resultado a ausência de resposta aos estímulos, o próximo passo a ser seguido é o teste de apnéia, sendo este, o último do exame clínico. Este teste demonstra se existe ou não ventilação espontânea, ou seja, irá avaliar a região ponte-bulbar. (VENDRAMI, BOASQUEVISQUE E GAZONI, 2007).

Mesmo que todos os resultados do exame clínico neurológico apontem para o diagnóstico de ME um exame complementar deverá ser realizado para que seja então confirmado o diagnóstico de ME, segundo preconiza a legislação brasileira / CFM.

A escolha do exame complementar a ser realizado varia de acordo com a faixa etária do paciente, mas seguindo o determinado pelo CFM e legislação. Os exames que podem ser realizados para a confirmação do diagnóstico são aqueles que avaliam a perfusão cerebral, atividade elétrica cortical ou ainda atividade metabólica, devendo ter como resultado a ausência de atividade. Após a confirmação é obrigatório o registro através do Termo de Declaração de Morte Encefálica, o qual deverá ser anexado ao prontuário do paciente juntamente com o laudo do exame complementar. (ANDRADE, *et. al*, 2007)

Uma questão levantada pelo entrevistado E8 durante a análise de dados, evidencia a importância de estes profissionais deterem conhecimento sobre o tema abordado: “Tenho pouco contato e informação sobre o assunto. Acho que palestras poderiam resolver esta questão”.

Sem dúvida, a seqüência de procedimentos que envolvem a doação de órgãos é complexa, visto que envolve muito mais que a aplicação de cuidados técnicos. Os profissionais que atuam no cuidado ao potencial doador devem se manter atualizados para que todos os esforços sejam somados e assim a equipe trabalhe realmente em conjunto garantindo assim o sucesso do processo.

Um momento delicado e que faz parte desse processo é a determinação da morte do paciente. E, ao que se refere à doação *post mortem*, a determinação da ME do indivíduo. Com relação à fisiologia da ME, os sujeitos ao discursarem sobre o conceito de ME demonstram um conceito semelhante ou igual ao que segue na legislação brasileira/CFM.

Ao conceituar a ME o entrevistado E1 declara corretamente que: “Morte encefálica é a perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por uma causa provocada e conhecida capaz de provocar um quadro de lesão de irreversibilidade”.

Outros participantes apresentam como conceito de ME a parada definitiva das funções do cérebro, mas ainda com outros órgãos em funcionamento.

Cientificamente falando é a perda de atividade cerebral, com órgãos ainda em funcionamento. (E4)

[...] quando o cérebro pára de mandar funções para o corpo, mas o coração continua batendo. (E5)
Quando não existe mais passagem de sangue para o cérebro. (E2)

Algumas pessoas podem aceitar mais facilmente a definição de morte que tem como parâmetro a falência das atividades encefálicas essenciais à manutenção de órgãos vitais. Porém, para outras o fim da vida só acontece quando o coração pára de bater. De fato, determinar o momento da morte é delicado. No Brasil a resolução CFM N° 1.480/97 define que, a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte de um indivíduo.

Ao discorrerem sobre qual é o conceito de ME, os sujeitos em suas respostas divagam sobre as mais diversas formas.

Eu acho que a morte encefálica chega a ser um caso um tanto polêmico, pois a família nem sempre entende que a pessoa já está morta, porque eles vêem o paciente monitorado com frequência cardíaca e “respirando”, por conta do respirador, por isso é preciso um grande esclarecimento da equipe para a família. (E7)

A manutenção de funções fisiológicas que os equipamentos e medicamentos disponíveis nas UTIs proporcionam, acabam por permitir que o paciente em ME mantenha entre os familiares e também entre alguns profissionais, a esperança de melhora do quadro clínico, e ainda a dificuldade de aceitar a ME como o fim da vida.

A literatura traz que o conhecimento da fisiopatologia da ME é de extrema importância. Pois, a partir dele as ações podem ser melhores planejadas e desenvolvidas, a fim de proporcionar qualidade à manutenção dos órgãos do potencial doador e, conseqüentemente, qualidade dos órgãos a serem doados/transplantados.

Os profissionais de enfermagem, que participam do cuidado ao potencial doador e a seus familiares, devem possuir conhecimento científico a respeito da definição de ME, assim como de todo o desenvolvimento do processo, para que não interfiram de maneira negativa no desfecho do processo de doação de órgãos. Ainda mais se levarmos em consideração que são estes profissionais que permanecem junto ao potencial doador e seus familiares durante todo o período de estadia na instituição hospitalar e sendo, portanto ponto de apoio nos momentos mais difíceis pelos quais estão passando os familiares.

5 CONCLUSÃO

Considerando a problemática apresentada neste estudo, a qual aborda a atitude e o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a doação de órgãos e tendo em vista os objetivos do estudo, observou-se que uma parcela expressiva dos profissionais tem atitude favorável à doação. As razões que mais evidenciaram-se para tal decisão foram as relativas ao amor para com o próximo e possibilidade de salvar vidas.

Percebeu-se que a intenção de alguns profissionais em ser doador para um transplante inter vivos se dá apenas quando para familiares. Constatou-se ainda que a intencionalidade em ser doador de órgãos mantém relação com os valores concedidos ao corpo. Onde os que mostram-se desprendidos da materialidade são a favor da doação.

Os significados atribuídos pelos entrevistados à doação de órgãos mantém estreita ligação com o altruísmo defendido em grande parte das literaturas consultadas. Observou-se ainda que os profissionais atribuem o significado de cuidado à sua participação no processo de doação dando ênfase ao cuidado técnico. Em alguns momentos verificou-se que os profissionais não fazem distinção entre os cuidados básicos e os essenciais e específicos à manutenção dos órgãos do potencial doador, necessários para garantir a viabilidade dos órgãos.

A análise do conhecimento dos profissionais referentes à como o processo é desenvolvido e sobre a morte encefálica (ME) mostra que os mesmos dispõem de conhecimento, porém para quase totalidade dos profissionais esse conhecimento ocorre de forma parcial.

O conhecimento das alterações fisiológicas que a ME acarreta no organismo do potencial doador é de extrema importância para todos os profissionais de saúde que atuam no cuidado ao paciente, pois através disto melhores ações podem ser planejadas e executadas pela equipe. Tendo o enfermeiro papel principal na elaboração e controle na execução desses cuidados.

Para que o desfecho do processo seja a autorização familiar para a doação, é necessário que a equipe receba capacitação periódica. Não só sobre as melhores técnicas de manutenção dos órgãos, mas também, e porque não dizer principalmente, a melhor forma de cuidar dos familiares, visto que, como já mencionado anteriormente, a negativa familiar situa-se como principal elemento a

não permitir que o número de doações aumente. A importância da periodicidade da capacitação pode ser evidenciada pelas declarações de um dos profissionais que afirma que não possui conhecimento sobre o assunto e ainda declara que palestras resolveriam o problema.

A participação da família no decorrer do processo foi discutida e observou-se que os profissionais acreditam que a mesma deve receber atenção especial durante o processo. Constatou-se que para a maioria dos profissionais a assistência de enfermagem exerce influência na decisão familiar perante a solicitação do consentimento para a doação. Ao posicionarem-se sobre a influência os profissionais destacam o momento da abordagem familiar como sendo este um momento delicado onde qualquer palavra ou ação mal executada pode por fim ao desejo de consentir a doação.

A negativa familiar relatada neste estudo vai ao encontro de outros que confirmam que esta atitude dos familiares representa um entrave para o aumento no número de doações. Pesquisas mostram que quando a família do potencial doador conhece essa vontade, as taxas de consentimento são maiores e a tomada de decisão menos conflitante, visto que normalmente os familiares optam por realizar o desejo do ente querido. Essa situação deixa claro que a população deve discutir mais a respeito da intenção em ser doador de órgãos com seus familiares.

Ao deter conhecimento sobre o processo de doação os profissionais terão subsídios que os auxiliarão também na prestação de cuidados aos familiares dos potenciais doadores, que apesar de não fazerem parte da equipe de trabalho fazem parte do processo de doação de órgãos. Ao unirmos o cuidado prestado ao paciente aos cuidados prestados aos familiares temos um ponto positivo para que ocorra o consentimento na doação dos órgãos do paciente em ME.

Verificou-se em alguns momentos que certos profissionais ainda não possuem opinião formada sobre a doação de órgãos, visto que ao passo que é contrário a doação afirma ser esta uma forma de salvar vidas e que a enfermagem deve mostrar à família a importância que a doação de órgãos tem. Tal situação evidencia para a importância da formação e esclarecimento de que toda a equipe que atua no processo de doação de órgãos acredite no benefício da doação, para que assim, ao abordar ou simplesmente ao estar com os familiares passe a eles confiança no trabalho pela equipe desenvolvido.

Por fim, constatou-se neste estudo a importância da capacitação dos profissionais que atuam no processo de doação e a necessidade de ações de educação continuada para que, além de conhecimento técnico-científico, esses profissionais entendam a necessidade de atuarem engajados no propósito de cuidado ao potencial doador e seus familiares. E o mais importante, que essa equipe acredite no benefício da doação, para que assim, ao abordar ou simplesmente ao estar com os familiares passe a eles confiança no trabalho desenvolvido pela equipe.



ORGAN DONATION: MYTHS AND TRUTHS ABOUT THE NURSING TEAM

Dorelayne Aparecida Brites ¹

Fabiane Merotto ²

Antonio Carlos Frasson ³

Abstract: The possibility of healing that organ transplants provide for those with terminal organ disease causes the indication for this treatment to continue rising. In parallel, the number of donations does not follow the high number of patients registered on waiting lists. The objective of this work is to analyze the knowledge, attitude and the meanings that nurses attach to organ donation. This study was qualitative and quantitative, descriptive and field based. The data collection took place through a questionnaire administered to nine nurses from the Intensive Care Unit of a hospital in Ponta Grossa-PR. It was observed that 77.8% of the professionals have a positive attitude towards donation and that 66.8% believe that nursing care has an influence on family decision to consent to donation. The meanings of the donation that stood out were mainly altruism and caring. As for knowledge, it was observed that even the professionals have, however partially, and some do not distinguish between primary care and the needed specifications to ensure the viability of organs. Finally, it was found in this study the importance of training for professionals engaged in the process of donation and the need for continued educational activities so that besides technical and scientific knowledge, these professionals understand the need to be engaged in order to care about the potential donor and his family, and most importantly that this team believes in the benefits of donation, so that, when approaching or just being with the family they may transmit them confidence in the work developed by the team.

Keywords: Organ donation, Nursing, Brain death.

¹ Academic of the 8th period in the Nursing Course in the Center of Higher Education in Campos Gerais – CESCAGE. Email: dorelayne@hotmail.com

² Educator of Nursing in the Center of Higher Education in Campos Gerais - CESCAGE, Specialist in Adult Health. Email: fabiane.enfermagem@clnicasabedotti.com.br

³ Coordinator Professor of Higher Education in Health in the Center of Higher Education in Campos Gerais - CESCAGE. Email: ancafra@gmail.com

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos; MUÑOZ, Daniel Romero. **Doação e Transplante de órgãos e tecidos**. SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (org.). Bioética. 3 ed. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo. 2002

ANDRADE, Almir Ferreira, et al. **Critérios de avaliação neurológica e exames complementares no diagnóstico de morte encefálica**. Jornal Brasileiro de Neurocirurgia. Vol. 18. N° 1. Jan/Abril. 2007

ÁVILA, Gustavo Noronha de. **Da esperança aos dilemas: doação e comércio de órgãos humanos**. Porto Alegre. 2006. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=910>. Acesso em 6 de setembro de 2010.

BATISTA Rodrigo Siqueira; SCHRAMM, Fermin Roland. **Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia**. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro. vol.9, n.1. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100004>. Acesso em 6 de setembro de 2010

BENDASSOLI, Pedro Fernando. **Doação de Órgãos: meu corpo, minha sociedade**. Psicologia Reflexão e Crítica. Porto Alegre. vol. 11, n. 1. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721998000100005&script=sci_arttext>. Acesso em 6 de setembro de 2010.

BRASIL. **Lei n° 8.489 de 18 de novembro de 1992**. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8489.htm>. Acesso em 12 de setembro de 2010

_____. **Lei n° 9.434 de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei9434.htm>>. Acesso em 12 de setembro de 2010

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n° 1.480 de 8 de agosto de 1997**. Dispõe dos Critérios de Morte Encefálica. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/res1480.htm>>. Acesso em 12 de setembro de 2010

_____. **Lei nº. 10.211 de 23 de março de 2001.** Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei10211.htm>>. Acessado em 12 de setembro de 2010.

_____. **Sistema Nacional de Transplantes.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm>>. Acesso em 12 de setembro de 2010

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal.** 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004

FUHR, Márcia. **O significado do processo de doação de órgãos para familiares doadores.** Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2006. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0568-D.pdf>>. Acesso em 06 de setembro de 2010

GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. Claude. **Tratado de medicina interna.** 22 ed. Vol. 2. Rio de Janeiro. Editora Elsevier. 2005.

GUETTI, Nancy Ramos; MARQUES, Isaac Rosa. **Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica.** Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 1, fevereiro 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>>. Acesso em 25 de abril de 2010.

LIMA, A.A.F.; SILVA, M.J.P.; PEREIRA, L.L. **Sufrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante.** Enfermería global. [online]. 2009, n.15. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_clinica1.pdf>. Acesso em 06 de setembro de 2010

LIMA, Elenice Dias Ribeiro de Paula; MAGALHAES, Myrian Biaso Bacha; NAKAMAE, Djair Daniel. **Aspectos Éticos Legais da Retirada e Transplante de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, Outubro 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a02.pdf>>. Acesso em 25 de abril de 2010.

MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. **Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores.** Acta paulista de enfermagem. São Paulo, v. 22, n. 2, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200003>. Acesso em 25 abril de 2010.

MORAES, Márcia Wanderley de; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme; MENEGHIN Paolo. **Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos.** Revista Escola Enfermagem, USP. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000400006>. Acesso em 06 de setembro de 2010.

MORATO, Eric Grossi. **Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização.** Revista Medicina. Minas Gerais. 2009. Disponível em: <http://www.fisfar.ufc.br/petmedicina/images/stories/artigo_-_morte_encefalica.pdf>. Acesso em 6 de setembro de 2010.

MOZACHI, Nelson, et al. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar.** 9 ed. Editora Manual Real. Curitiba. 2007.

NEUMAN, J. ABUDD, M. F.; GARCIA, V. D.; **Transplante de órgãos e tecidos.** 3 ed. Editora Sarvier, São Paulo. 1997.

POTTER, Patrícia A., PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem.** 5 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2004.

PUPO, Corina, BIESTRO, Alberto, PRADO, Karen Fontoura. **Morte Encefálica.** Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI). Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Porto Alegre. Ed. Artmed/Panamericana, 2004. Disponível em <http://www.blogenfermagem.com/2010/05/apostila-morte-encefalica-e-doacao-de.html>>. Acesso em 19 de Junho de 2010.

RECH, Tatiana H.; RODRIGUES FILHO, Édison Moraes. **Entrevista familiar e consentimento.** Revista Brasileira Terapia Intensiva, São Paulo, v. 19, n. 1, Março, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.2007000100011&script=sci_arttext>. Acesso em 25 de abril de 2010.

ROZA, Bartira de Aguiar. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação.** São Paulo. 2005. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/tese_doutorado_bartira-roza.pdf/>. Acesso em 7 de setembro de 2010

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, junho. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a13.pdf>>. Acesso em 25 abril 2010.

SILVA, Alexandro das Mercês; SILVA, Maria Júlia Paes da. **A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos.** Revista de enfermagem, UERJ, Outubro – Dezembro 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=482262&indexSearch=ID>>. Acesso em 25 de abril de 2010.

STEINER, Philippe. **A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias.** Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, v. 16, n. 2. novembro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v16n2/v16n2a05.pdf>>. Acesso em 06 setembro de 2010.

TAYLOR, Carol; LILLIS, Carol; LEMONE, Priscilla. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5 ed. Porto Alegre; Editora Artmed, 2007.

VENDRAME, Letícia Sandre, BOASQUEVISQUE, Danielle de Sá, GAZONI, Fernanda Martins. **Morte encefálica e Doação de Órgãos e Tecidos.** Programa de atualização em medicina de urgência (PROURGEN). Sociedade Brasileira de Clínica M Porto Alegre. Ciclo 01. Módulo 01. Artmed/Panamericana. 2007. Disponível em <http://www.blogenfermagem.com/2010/05/apostila-morte-encefalica-e-doacao-de.html>>. Acesso em 19 de Junho de 2010.