

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARCELA ELISE ALVES ALMEIDA

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E
ACADÊMICOS DA ÁREA DE SAÚDE**

BELO HORIZONTE
2012

<p>Marcela Elise Alves Almeida</p>	<p>Doação de órgãos: conhecimento dos profissionais e acadêmicos da área de saúde</p>	<p>Pós Graduação EEUFMG 2012</p>
--	---	--

MARCELA ELISE ALVES ALMEIDA

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E
ACADÊMICOS DA ÁREA DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de especialização em Enfermagem Hospitalar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Transplante de Órgãos e Tecidos.

Área de concentração:

Transplante de Órgãos e Tecidos

Orientadora:

Prof. Dra. Aidê Ferreira Ferraz

BELO HORIZONTE

2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

A comissão examinadora abaixo assinada aprovou o trabalho de Conclusão de Curso intitulado: DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E ACADÊMICOS AS ÁREA DE SAÚDE apresentado pela aluna Marcela Elise Alves Almeida do Curso de Pós Graduação em Enfermagem Hospitalar – Área de Transplante de Órgãos e Tecidos da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Professora Dra. Aidê Ferreira Ferraz (Orientadora/UFMG)

Professora

Professora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **DEUS**, luz dos meus dias e mestre maior. Que me deu forças para seguir em frente e nunca desistir dos meus sonhos.

A minha mãe **DÓRIS ARAÚJO**, que nunca deixou de acreditar em mim, até mesmo quando eu já não acreditava mais. Exemplo de mãe!

Ao "**BIÇA**", pai de coração que sempre caminhou comigo confiante em mais essa conquista.

Aos meus irmãos **FLÁVIA** e **GUSTAVO**, que estiveram comigo nessa. Sempre recebi o amor de vocês mesmo de longe.

Aos meus tios **DAVID** e **ELENICE** por sempre se colocarem a disposição, nunca negando esforços.

Ao **RICARDO** pela compreensão e amor dedicados. E a família **FONSECA DE ARAÚJO** pelo carinho.

A **JUSSARA**, pela paciência (e coloca paciência nisso) que sempre teve, e pela cumplicidade que nunca deixou faltar.

As professoras **JOSELY** e **MALVINA** que sempre me apoiaram e me inspiraram nessa minha escolha.

E finalmente a minha orientadora **AIDÊ FERREIRA FERRAZ**, que não me deixou desistir, que confiou em mim e me fez ver o quanto era possível. Obrigada por estar comigo até nos momentos difíceis, sou eternamente grata!

Dedico este estudo inteiramente a **Dóris Araújo**, minha amada mãe,
que me ensinou o verdadeiro valor da vida.

“A enfermagem é uma arte; e para realiza - lá como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder – se – ia dizer, a mais bela das artes”

Florence Nighthingale

RESUMO

O estudo apresenta conceitos sobre o processo de doação de órgãos e faz uma análise a partir de uma amostra de estudos selecionados a respeito do conhecimento de profissionais e acadêmicos da saúde sobre o tema. Sendo assim, o objetivo ao construir uma revisão integrativa, foi buscar informações com intuito de procurar respostas sobre a discrepância do número de pacientes na fila de espera por um órgão e a razão dos baixos índices de doações efetivos. A análise foi realizada a partir de um instrumento de coleta de dados que abordava a pergunta norteadora do estudo. Conclui-se que a falta de informação dos profissionais e acadêmicos da saúde influenciam o diagnóstico tardio da morte encefálica, a falta de qualidade na assistência ao potencial doador e também a negação familiar quanto a doação, prejudicando assim o processo de doação de órgãos e trazendo insegurança para sociedade no que diz respeito ao transplante de órgãos e tecidos para fins terapêuticos.

Palavras chave: doação de órgãos, morte encefálica, transplante

ABSTRACT

The study presents concepts about the process of organ donation and analyzes from a sample of selected studies about the knowledge of health professionals and academics on the subject. Thus, the goal to build an integrative review, was seeking information with the purpose of seeking answers about the discrepancy in the number of patients on the waiting list for an organ and because of low rates of actual donations. The analysis was performed from a data collection instrument that addressed the question guiding the study. We conclude that the lack of information for professionals and students of health influence the late diagnosis of brain death, the lack of quality in the care of the potential donor and the denial also familiar as the donation, thus hindering the process of organ donation and bringing insecurity for society with regard to the transplantation of organs and tissues for therapeutic purposes.

Keywords: organ donation, brain death, transplant

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Classificação do nível de evidência

Tabela 02. Apresentação da população e amostra a partir dos descritores

Tabela 03. Variáveis do estudo relacionadas aos autores da amostra

Tabela 04. Variáveis do estudo relacionadas às publicações da amostra

LISTA DE SIGLAS

AAN - Associação Americana de Neurologia

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNCDO - Central de Notificação, distribuição de órgão e tecidos

CIHDOTT - Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

ME - Morte encefálica

MS - Ministério da saúde

NPD - Notificação de potenciais doadores

OPO - Organização da Procura de Órgãos

PBE - Prática Baseada em Evidência

PA - Pressão arterial

SNT - Sistema Nacional de transplante

Tax - Temperatura axilar

TDME - Termo de diagnóstico de morte encefálica

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
2. OBJETIVOS	25
3. JUSTIFICATIVA	26
4. REVISÃO DE LITERATURA	27
4.1 Diagnósticos de morte encefálica	27
4.2 Orientações a família	29
4.3 Doadores e seus critérios de exclusão	30
4.4 Manutenção do potencial doador	31
5. PERCURSO METODOLÓGICO	33
5.1 Referencial teórico metodológico	33
5.2 Método	35
5.3 Etapas	35
5.3.1 Critérios de inclusão da população, amostra e seleção de fontes bibliográficas	36
5.3.2 Variáveis de estudo	38
5.3.3 Instrumento de coleta de dados	38
5.3.4 Análise e tratamento dos dados	39
6. RESULTADOS	39
7. DISCUSSÃO	43
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE 1	50
ANEXO 1.	51
ANEXO 2	52
ANEXO 3	53

1. INTRODUÇÃO

Qualidade de vida é o objetivo primordial de todo e qualquer ser humano, e os profissionais da saúde têm essa função, prezar pela vida, o que justifica os quatro princípios básicos que fundamentam a bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Sendo assim, todas as alternativas benéficas possíveis são utilizadas para restabelecer a vida de um determinado paciente. Com as pesquisas são descobertas novas técnicas práticas mais viáveis e também novas tecnologias que dão um suporte para estabelecer uma melhor assistência a esse paciente debilitado.

Infelizmente nem todos os pacientes voltam pra casa da forma que esperavam, esses pioram e algumas vezes entram em coma. Esse paciente condenado à morte, com chance de perder o maio bem, a vida, às vezes passam dias inconsciente até que todos os seus órgãos percam a função total. Por isso, foi estabelecido um critério para a morte encefálica, definido pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), em sua Resolução nº 1.346/91 como a parada total e irreversível das funções encefálicas, de causa conhecida e constatada de modo indiscutível.

A maioria das pessoas entende a ausência de incursões ventilatórias pulmonares ou de batimentos cardíacos, de forma cartesiana, como a iminência da morte. Porém, o que nos faz humanos é a atividade vigorosa e incessante de trilhões de neurônios localizados no encéfalo. Logicamente, a cessação irreversível dessa atividade encefálica determina a morte humana.

Desta forma, depois de verificado nenhum nível de consciência, o paciente entra em morte encefálica, onde perde a função cerebral, de forma real e irreversível. Mantendo a função íntegra e viável de seus órgãos, podendo vir a ser um potencial doador.

Não existindo alternativa de reabilitação, por já se encontrar morto, a Resolução nº 1.480/97 define com exames clínicos e complementares a morte encefálica. Sendo toda instituição de saúde obrigada a notificar este potencial doador a CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos) fundamentado pela Lei nº 9.434/97.

Enquanto isso, muitas pessoas esperam por um órgão para que suas vidas sejam salvas, milhares de outras morrem todos os anos, prematuramente, em acidentes ou fatalidades. Muitos órgãos sadios poderiam ser retirados e implantados naqueles que sofrem à espera de um transplante (ALMEIDA, 2003). Infelizmente nem todo potencial doador é notificado e nem toda família dispõe de uma atitude louvável de consentir com a doação.

O doador é definido como aquela pessoa que após o diagnóstico de morte encefálica, através de um consentimento informado, seu cônjuge ou parente, maior de idade fica responsável pela decisão da doação ou não de seus órgãos e tecidos de acordo com a Lei nº10.211. Esse corpo sem vida é definido como cadáver, que sem nenhuma condição de tomar qualquer decisão passa a ser inteiramente de seus herdeiros que decidem por ele.

Com os avanços no suporte cardiorrespiratório, é possível manter as funções vitais por longos períodos, mesmo na ausência de função cerebral (LAGO, et al, 2007). Sendo assim, a tecnologia não é mais o fator limitante para a realização de transplantes, e sim a obtenção de órgãos de doadores adequados, que depende muito da atitude e comprometimento dos profissionais da saúde. Por isso é de fundamental importância a manutenção adequada dos órgãos para não lesionar o mesmo antes do implante, sendo que a desestabilidade das funções vitais altera consideravelmente o estado do doador.

Com o índice de demanda sendo maior que a oferta de órgãos a serem doados, confirma a falta de informação das famílias sobre doação e a falta de preparo para a manutenção do doador dos profissionais, dessa forma ficando nítida a necessidade de um treinamento eficaz para os mesmos.

Desse modo, o presente estudo tem como propósito alcançar um melhor entendimento sobre o assunto apresentado, facilitando na tomada de decisões, possibilitando um saber fundamentado para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade.

2. OBJETIVO.

Analisar o conhecimento de acadêmicos e profissionais da saúde sobre doação de órgãos, e apresentar conceitos para facilitar a tomada de decisão dos mesmos.

3. JUSTIFICATIVA

O interesse em desenvolver o presente estudo, deve-se a observação da baixa demanda de doadores efetivos, sendo o conhecimento dos critérios para diagnosticar a morte encefálica o reflexo do número de notificação dos casos de potenciais doadores.

Nota-se um número total de óbitos alto ao se comparar com a quantidade de notificações compulsória realizados pelas instituições de saúde. Optou-se por esse tema pela importância do conhecimento no processo de doação de órgãos, já que cada dia aumenta mais as filas de espera por um órgão, sendo essa a última forma de tratamento para esses pacientes.

Procurando uma razão para justificar o aumento da fila de espera pelo transplante, com o baixo número de oferta de órgãos, viu-se a necessidade de realizar uma busca sobre informações a respeito da doação: do conhecimento dos profissionais da saúde e também do nível de conhecimento que um acadêmico recebe sobre o tema antes de concluir sua graduação.

4. REVISÃO DE LITERATURA

O transplante de órgãos e tecidos foi um marco na história médico científica, da descoberta de técnicas para realização de suturas própria para esse procedimento até a forma de superação da rejeição, que foram barreiras que os cirurgiões encontraram até o sucesso do transplante.

Com o passar do tempo, com o aprimoramento das técnicas, as experiências fracassadas até se chegar ao objetivo definido, muitos foram os questionamentos, os empecilhos para que essa descoberta tivesse um bom resultado mostrando o grande potencial do ser humano.

Hoje, com todas as técnicas desenvolvidas e com a ciência cada dia mais avançada, o transplante de órgãos se tornou um procedimento válido se eliminado todas as outras formas terapêuticas existentes.

Segundo a ABTO (2003), o avanço no desenvolvimento de novas tecnologias na área da saúde tem possibilitado a utilização de uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de inúmeras doenças. O transplante de órgãos e tecidos busca melhorar a qualidade e a perspectiva de vida de vários pacientes.

Nota-se o processo evolutivo dos transplantes nas últimas décadas, apesar de existir ainda muitas falhas na prática profissional, prejudicando todo o processo, desde o diagnóstico tardio da morte encefálica, desencadeado prejuízo funcional e exclusão do órgão e até mesmo do doador, até o transplante propriamente dito.

4.1. Diagnóstico da morte encefálica

Segundo Morato (2009), existem atualmente, em todo o mundo, 87 protocolos nacionais para o diagnóstico de morte encefálica e na maioria dos países eles apresentam - se respaldados por leis ou decretos específicos.

A Associação Americana de Neurologia (AAN) organizou um comitê para estabelecer e uniformizar os critérios de morte encefálica. Em 1995, esse comitê publicou revisão da literatura médica associada à classificação, baseada em graus de evidência científica, de mais de 200 artigos sobre morte encefálica, que possibilitaram a definição dos critérios utilizados atualmente (MORATO, 2009).

No Brasil, o diagnóstico de morte encefálica é definido pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97, devendo ser registrado, em prontuário um termo de Declaração de Morte Encefálica (anexo 1), composto por:

- Campo de identificação do paciente e também da instituição;
- A causa do coma estabelecida e conhecida;
- Resultado do exame neurológico, a descrição e as identificações dos médicos responsáveis pela realização dos exames clínicos e;
- Relatório do exame complementar realizado.

É de extrema importância mencionar temperatura e pressão arterial se alterados e uso de alguma droga depressora do sistema nervoso central.

Os exames neurológicos que avaliam a condição do tronco cerebral do paciente devem ser realizados por dois diferentes médicos em um intervalo de tempo determinado a partir da idade de cada paciente, de acordo com a resolução nº 1.480/97, tempo este que deve constar no protocolo. Para adulto o tempo mínimo é de 6 horas entre um exame e outro, já para crianças com menos de 7 dias de vida não existe diagnóstico de morte encefálica, crianças de 7 dias a 2 meses de vida o intervalo é de 24 horas e de 2 meses a 2 anos o intervalo é de 12 horas. Estes profissionais não podem fazer parte da CIHDOTT e CNCDO, para que não fique dúvida sobre uma possível interferência, conservando a confiança e segurança que as famílias devem receber.

Após estes exames é realizado ainda o complementar, que avaliam a atividade elétrica cerebral, a atividade metabólica e a perfusão sanguínea cerebral. Podendo ser eles: tomografia computadorizada, a monitorização da pressão intracraniana, marcadores químicos dos líquidos cefalorraquidianos, o

eletroencefalograma, a angiografia cerebral, o doppler transcraniano, a cintilografia e potenciais evocados auditivos do tronco cerebral (MENESES; et al, 2010).

Após o diagnóstico de morte encefálica, deve acontecer a notificação às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos (CNCDO), subordinada ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Ministério da Saúde (MS). Essa notificação é compulsória, independente do desejo familiar de doação ou da condição clínica do potencial doador de converter-se em doador efetivo (MENDONÇA, et al; 2010).

Depois de confirmado o diagnóstico de morte encefálica e notificado, a família é orientada sobre o processo de doação de órgãos. Noticia esta que deve ser tratada com delicadeza e paciência, dessa forma, para levar segurança a esta família o ideal seja uma primeira abordagem com o próprio médico do paciente e posteriormente, uma abordagem pelos membros da equipe da OPO (Organização de Procura de Órgãos).

Mesmo que um potencial doador se torne um doador efetivo, não significa que todos os órgãos poderão ser aproveitados. Para isso é necessário garantir uma adequada preservação e posterior viabilidade destes órgãos até a extração (MENDONÇA, et al; 2010).

4.2. Orientação a família

Depois de aplicada o primeiro protocolo de morte encefálica com resultado positivo, é notificado o caso, mesmo o paciente não sendo doador. Logo em seguida entra-se em contato com a família, marcando um horário para ser abordado o assunto e orientado sobre o quadro do paciente.

A abordagem da família pode ser feita por um médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, desde que esse profissional esteja capacitado e não faça parte da equipe que atendeu o paciente durante sua internação no hospital (RECH & FILHO,2007).

O encontro com a família do potencial doador deve acontecer num ambiente calmo, com acomodações adequadas a todos os familiares e amigos que queiram participar. É fortemente desaconselhada a abordagem em corredores e dentro da UTI. Antes de se iniciar a entrevista, é necessário certificar-se de que todos os membros da família entendam que seu parente está morto. No início da entrevista, é apropriado permitir que as pessoas falem um pouco sobre o seu familiar e sobre o ocorrido, para que se sintam acolhidas pelo entrevistador. Um entrevistador não pode demonstrar pressa, tem de seguir o ritmo de assimilação de cada familiar e não interrompe-los quando estão falando. Perguntar o que o paciente pensava sobre doação de órgãos, se era ou não doador, é uma boa maneira de introduzir o assunto (RECH & FILHO, 2007).

Um único potencial doador em boas condições, poderá beneficiar, através de transplantes de diversos órgãos e tecidos, mais de 10 pacientes. Por isto deverá ser conduzido e manuseado com o mesmo empenho e dedicação que qualquer outro paciente da UTI. Mesmo que um potencial doador se torne um doador efetivo, não significa que todos os órgãos poderão ser aproveitados. Para isso é necessário garantir uma adequada preservação e posterior viabilidade destes órgãos até a extração (GUETTI & MARQUES, 2008).

4.3. Doador e seus critérios de exclusão

Muitos potenciais doadores são excluídos pela presença de infecção, suspeita ou comprovada, no momento do diagnóstico de morte cerebral. Há, no entanto, uma forte tendência para o uso de critérios expandidos de doação, ou mais popularmente, doadores limítrofes. Por tanto, não há contra indicação absoluta a doação de órgãos e nem se deve interromper a manutenção do doador falecido com base em culturas positivas ou diagnóstico clínico de infecção (WESTPHAL, et al; 2011)

4.4. Manutenção do potencial doador

Não existe uma etapa definida para que comece a manutenção do doador, já que este é cuidado desde sua entrada no hospital, com a finalidade de uma possível melhora e finalmente alta hospitalar. Depois de diagnosticada a morte encefálica o cuidado é voltado para controle de suas funções vitais, assim como em sua esperada recuperação, o que muda é apenas a finalidade.

Para obter um resultado positivo à realização de um transplante é de suma importância a conservação de órgãos adequadamente funcionantes pra que haja uma conclusão satisfatória do processo de captação, remoção e recepção do órgão. Assim, para que o cuidado seja prestado de forma correta e eficaz para a manutenção da viabilidade dos órgãos é necessário primeiramente que o enfermeiro conheça quais as alterações fisiológicas decorrentes da morte encefálica (MENDONÇA, et al; 2010).

A manutenção do doador é primordial em todo o processo do transplante, visto que esta prática clínica interfere diretamente, tanto para conservar a integridade dos órgãos que se não prestada uma assistência adequada inclui-se no critério de exclusão do doador, ou até mesmo mantendo este doador apto para retirada, prejudicando a qualidade de vida do futuro receptor.

A literatura disponível aponta somente para falhas no processo de doação de órgãos provenientes de pessoas com morte encefálica, ligadas às posturas da negação familiar e às condições técnicas do trabalho de profissionais, sobretudo os cuidados de manutenção inadequados com o potencial doador de órgãos (LEMES & BASTOS, 2007).

Segundo Rech & Filho (2007) a síndrome clínica da morte encefálica produz mudanças bruscas na pressão arterial, hipoxemia, hipotermia, coagulopatia, distúrbios eletrolítico e hormonal. É um estado inflamatório que leva a perturbações celulares e moleculares, capazes de afetar a função dos órgãos potencialmente disponíveis para transplante.

O cuidar de potenciais doadores de órgãos requer a manutenção de ventilação artificial, pois há alteração na troca gasosa em decorrência do edema pulmonar neurogênico, do trauma pulmonar, de infecção e das atelectasias. Aspirar secreção traqueal, sempre que necessário, é medida que tem por finalidade viabilizar a respiração artificial com maior eficiência e, conseqüentemente, melhor oxigenação tecidual.

Aquecer o paciente, olhar a temperatura, colocar cobertor são cuidados fundamentais, pois na morte encefálica há perda do centro termorregulador hipotalâmico, desencadeando hipotermia que pode gerar a depressão do miocárdio, as arritmias, a diminuição do transporte de oxigênio, o aumento da afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, a disfunção renal, a pancreatite e as coagulopatias.

Aquecer os fluidos endovenosos é cuidado que responde à necessidade de controlar a temperatura corporal. Verificar e anotar a pressão arterial, olhar a perfusão, os sinais vitais devem ser realizados em razão da disfunção cardiovascular, que se manifesta através de severa hipertensão, seguida de hipotensão progressiva e, conseqüentemente, hipoperfusão tecidual. Tem como origem a vasodilatação sistêmica, decorrente da perda da atividade motora.

A função miocárdica é alterada pelos distúrbios eletrolíticos, das perdas renais e por distúrbios hormonais. Além disso, deve-se atentar para a causa da hipotensão que pode ser multifatorial

Cuidar das córneas através da umidificação foi também relatado como fundamental, uma vez que é um dos tecidos mais transplantados na atualidade. A córnea deve ser mantida umedecida e protegida com pomada para evitar ceratites (LEMES & BASTOS, 2007).

Fatores importantes no processo de manutenção do doador

- Integridade funcional dos órgãos preservada;
- Não sobrecarga de trabalho dos profissionais, para que não reflita na assistência adequada do doador;

- Organização no processo de retirada, beneficiando órgãos com tempo de isquemia fria curto;
- Equipe multiprofissional comprometida, estabelecendo um trabalho em equipe eficaz;
- Capacitação dos profissionais

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Referencial teórico metodológico

O movimento designado PBE (Prática Baseada em Evidências) teve origem na constatação de que as evidências geradas por pesquisadores de todo o mundo não chegavam aos médicos e pacientes de modo atualizado e confiável. Esse movimento desenvolveu-se com o propósito de enfrentar essa lacuna entre pesquisa e prática (CRUZ & PIMENTA, 2005).

Segundo Galvão; et al (2002), a prática baseada em evidências não conta com a intuição, observações não sistematizadas ou princípios patológicos. Ela enfatiza o uso de pesquisas para guiar a tomada de decisão clínica. Essa abordagem requer o aprendizado de novas habilidades para o uso de diferentes processos para a tomada de decisão.

Existem quatro fases para o desenvolvimento da prática da medicina baseada em evidências; ver, questionar, julgar e agir. A fase “ver”, consiste na elaboração do quadro clínico de um paciente por meio da anamnese, observação, exame físico e exames complementares; o “questionar”, significa formular uma pergunta que expressa algum problema do paciente; o “julgar”, corresponde à análise de trabalhos científicos publicados, à validade e à aplicabilidade destes diante do problema; e o “agir”, é resultante das demais fases (DRUMMOND; et al, 2004).

Assim, os diferentes profissionais de saúde elegem uma conduta fundamentada em evidências científicas, apontadas pela literatura, com o intuito de melhorar a assistência prestada ao paciente (BORK, 2005).

Segundo Pedrolo; et al (2009), na enfermagem, a PBE envolve a definição de um problema, a averiguação e a avaliação crítica da evidência disponíveis, a implementação desta na prática e apreciação dos resultados, por meio da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente.

A qualidade da evidência é atribuída pela sua validade e relevância. Isso quer dizer que, antes de se usar uma informação numa decisão clínica, ela deve ser avaliada quanto a sua acurácia, relevância e aplicabilidade na situação em questão (CRUZ & PIMENTA, 2005).

Segundo Stetler (1998), evidência pode ser categorizada em níveis:

Tabela 01: Classificação do nível de evidência

Nível de Evidência	Fontes de Evidência
Nível I	Metanálise de múltiplos estudos controlados.
Nível II	Estudo Experimental.
Nível III	Estudo quase Experimental como grupo único, não randomizados, controlado, com pré e pós teste, ou estudos emparelhados tipo caso controle.
Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programa de avaliação.
Nível VI	Opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseados na sua experiência clínica ou a opinião de um comitê de peritos incluindo suas intervenções de informações não baseada em pesquisa, Também inclui opiniões de órgãos de regulação ou legais.

Fonte: STETLER et al. Utilization- focused integrative reviews in a nursing servisse. Appl Nurs. Ver., V 11. N. 4, p 195- 2006, Nov. 1998.

5.2 Método

A fim de buscar conhecimento sobre o tema em questão, optou – se pela revisão integrativa de literatura, com objetivo de chegar a uma conclusão geral sobre o conhecimento dos profissionais e acadêmicos da saúde frente à doação de órgãos. Este método possibilita a soma de múltiplos estudos a cerca do tema.

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA; et al, 2010).

Segundo Botelho; et al (2011), o termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou idéias provenientes das pesquisas utilizadas no método.

A revisão integrativa consiste em uma abordagem mais ampla, pois permite a inclusão de estudos de diferentes abordagens metodológicas. Tem como objetivo definir conceitos, rever teorias, analisar evidências e questões metodológicas de um tema específico. Ao incluir estudos de diferentes abordagens, ela tem o potencial de analisar as diferentes perspectivas do mesmo fenômeno (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

5.3 Etapas

Para construir este estudo, seguiu a metodologia baseado no referencial de MENDES, SILVEIRA e GALVÃO (2008), com objetivo de buscar conhecimento sobre os profissionais e acadêmicos de saúde e sua atuação no processo de doação de órgãos, baseado em estudos anteriores, como uma forma de contribuir para uma prática baseada em evidências.

Segundo Mendes et al., (2008), este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. Para estes autores, esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Este mesmo autor descreve que, para a construção da revisão integrativa de literatura é necessário percorrer seis etapas distintas:

Primeira Etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;

Segunda Etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;

Terceira Etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos;

Quarta Etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa/ análise crítica dos estudos incluídos;

Quinta Etapa: interpretação dos resultados / discussão dos resultados;

Sexta Etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento/ apresentação da revisão integrativa.

5.3.1 Critérios de inclusão da população, amostra e seleção de fontes bibliográficas

Os estudos publicados relacionado ao tema geral desta pesquisa é muito amplo, sendo impossível analisar cada um, então foram utilizados vários descritores e combinações entre os mesmos, separando aqueles coniventes com a questão norteadora do estudo e respondendo aos critérios de inclusão.

Desta forma, foram utilizados os descritores “transplante de órgãos / morte encefálica”, “morte encefálica / doação de órgãos”, “estudantes / transplante de órgãos” e “cuidados ao doador”.

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), BDEnf (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Os critérios de inclusão e exclusão para seleção dos artigos foram:

- Artigos que analisassem o conhecimento de profissionais e acadêmicos da saúde em algum momento do processo de doação de órgãos;
- Artigos disponíveis gratuitamente na íntegra;
- Artigos em português;
- Período de inclusão livre.

Verifica-se na Tabela 02 a exposição do número total da população de acordo com cada descritor utilizado, apresentando também o número total de estudos na íntegra, sendo eles em todos os idiomas; o número total dos estudos em português, sendo eles na íntegra ou não e o número total de estudos disponíveis na íntegra em português.

Tabela 02. Apresentação da população e amostra a partir dos descritores

DESCRITORES	Textos completos	Em português	Completos / português	Utilizados	TOTAL
transplante de órgãos / morte encefálica	123	44	22	2	1676
Morte encefálica / doação de órgãos	20	37	19	1	62
estudantes / transplante de órgãos	13	12	10	2	66

cuidados ao doador	12	11	5	1	49
--------------------	----	----	---	---	----

Fonte: Dados do Estudo – elaborado pela autora

5.3.2 Variáveis de estudo

As variáveis utilizadas na construção deste estudo foram necessárias para a construção dos quadros sinóticos (tabelas 3 e 4 que se encontram em anexo), ferramentas construídas para melhor visualizar características definidoras de cada autor e de cada obra.

Relacionada aos autores (tabela 3), foram usadas variáveis como: profissão, área de atuação, país de origem e qualificação. Relacionadas às publicações (tabela 4) foram: fonte, ano de publicação, periódico, tipo de publicação e delineamento.

E por último, na análise de cada artigo para desenvolver o estudo foi: Qual o conhecimento dos profissionais e acadêmicos da saúde sobre o processo de doação de órgãos? Como foi abordado em cada estudo?

5.3.3 Instrumento de coleta de dados

Depois de definido as variáveis que seriam extraídos da amostra, foi utilizado um instrumento de coleta de dados, construído a partir de características definidoras para a partir daí construir os quadros sinóticos facilitando assim a análise dos mesmos.

Este instrumento contém questões relativas a todas as variáveis relacionadas ao estudo descritas anteriormente. Uma forma de analisar informações de estudos distintos, através das mesmas características.

5.3.4 Análise e tratamento dos dados

Foi realizada uma leitura analítica dos artigos selecionados como amostra, em seguida foram preenchidos para cada artigo o instrumento de coleta de dados (apêndice 1), analisados, comparados, e enfim construído um quadro sinóptico contendo características de cada um, inclusive seu nível de evidência, apresentado na Tabela 01, segundo Stetler (1998).

Em seguida, foi realizada uma discussão separadamente de cada artigo buscando uma resposta para a pergunta norteadora. Os dados identificados de maior relevância buscaram atender critérios definidos anteriormente: que analisassem o conhecimento de profissionais e acadêmicos da saúde em algum momento do processo de doação de órgãos.

6. RESULTADOS

A partir de diferentes pontos de vista dos autores dos artigos selecionados, após uma análise metodológica, o estudo proporcionou um conhecimento fundamental para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade.

Foram selecionados seis artigos como amostra desta pesquisa, na análise dos mesmos foi apresentado o conhecimento da equipe de enfermagem, de médicos e de graduandos dos cursos de enfermagem e medicina. Cada artigo abordou o tema de forma diferente, mas com um resultado comum.

Cada artigo foi analisado separadamente:

Os dois estudos que tinham como sujeito, a equipe de enfermagem, em um foi entrevistado 19 profissionais e no outro 17 profissionais, sendo 33,5% enfermeiros e 76.5% técnicos e auxiliares de enfermagem dos 36 sujeitos da pesquisa.

O primeiro estudo foi aplicado um questionário semi estruturado, contendo questões abertas e fechadas onde abordava sexo, idade, profissão, satisfação no

trabalho, tempo de trabalho na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e nível de conhecimento e segurança na assistência dos potenciais doadores. Já nas questões abertas, o autor deixou que os profissionais apresentassem suas opiniões com suas características individuais.

Foi observado que, considerando a amostra total do primeiro estudo, os 17 profissionais que participaram 15,47% consideravam-se pouco preparados para assistência na UTI ao potencial doador.

Ainda neste estudo o autor relata que a educação é fator determinante para o sucesso ou fracasso nos transplantes, contudo, apontam a incorporação de treinamentos, cursos, textos e palestras como estratégias para instrumentalizar a assistência e, como ocorrência, minimizar o sofrimento (GUIDO; et al, 2009).

No segundo estudo foram realizadas entrevistas gravadas e os registros transcritos na íntegra. Neste estudo 19 profissionais foram entrevistados. Foi observado também neste estudo, a falta de preparo da equipe de enfermagem na assistência ao potencial doador. Em uma das falas de um dos entrevistados nota-se:

“... não sabia por onde começar, não foi chamado para treinamento... A gente cuida porque é o que a gente acha que tem que ser feito, mas que a gente teve alguma orientação, não, nunca tivemos nada não. Nem preparar a gente psicologicamente ninguém nunca preparou”.

Nos dois próximos estudos analisados, os sujeitos da pesquisa foram médicos intensivistas e neurologistas, sendo o número total de sujeitos 276 profissionais sendo 17,05% sujeitos de um estudo e 82,95% do outro.

No terceiro estudo 246 questionários foram respondidos por médico intensivistas, sendo eles plantonistas, rotineiros, residentes e professores. O questionário abordava questões fechadas sobre a definição de morte encefálica, a necessidade da realização do exame complementar para o diagnóstico, o horário do óbito do paciente em morte encefálica e a segurança auto atribuída em explicar o conceito de morte encefálica para os familiares de um paciente.

Dos dados mais relevantes analisados neste estudo: 83% dos profissionais entrevistados definiram corretamente o conceito de morte encefálica e apenas 71% determinara corretamente o horário do óbito do paciente que deve ser levado em consideração. Notou – se uma diferença entre os intensivistas adultos (89%) e intensivistas pediátricos (72%) ao definir o conceito de morte encefálica, sendo os intensivistas adultos o grupo que respondeu corretamente em maior número.

No quarto grupo, análise foi feita a partir de um questionário de múltipla escolha abordando temas como: o conhecimento de morte encefálica, a opinião sobre a confiabilidade do diagnóstico de morte encefálica segundo os critérios da resolução do CFM, qual exame complementar o entrevistado como o mais seguro para diagnosticar a morte encefálica.

Dos dados mais relevantes analisados deste estudo: 93,3% dos profissionais tinham conhecimento sobre os critérios de diagnóstico de morte encefálica, segundo a resolução do CFM e 86,6 % dos mesmos relataram ser seguro a forma de realizar diagnóstico.

Os dois últimos estudos analisados têm como sujeitos acadêmicos dos cursos de graduação em enfermagem e medicina, cursos esses de grande importância a abordagem do tema, já que são esses alunos que entrarão pro mercado de trabalho futuramente, e esta ser uma área que esta desenvolvendo.

No quinto estudo foi utilizado também um questionário, aplicados em 45 graduandos do último ano da enfermagem. Sobre os temas abordados, foram apresentadas perguntas sobre a doação de órgãos, a confiabilidade frente ao diagnóstico de morte encefálica e conhecimento sobre a legislação que fundamenta o processo de doação.

Apenas 35,5% dos graduandos entrevistados afirmaram conhecer da legislação, notando o conhecimento escasso que os estudantes da área tem durante a graduação. O próprio autor do estudo cita:

“Se a amostra pesquisada não esta orientada a respeito da lei, o que se encontraria se fosse pesquisado o imaginário das pessoas que possuem menos escolaridade ou que não estejam inseridas na área da saúde?”

Por fim, o sexto e ultimo estudo tem como sujeitos os graduando do curso de medicina e todo o seu percurso, do primeiro a último ano de graduação. Também foram utilizados questionários, oferecidos a todos os alunos do curso de medicina, mas apenas 32% dos alunos responderam e devolveram os questionários. Os temas abordados foram: informação adquirida na graduação sobre transplante, conhecimento sobre morte encefálica, motivos para não doação, tipo de paciente que deveria ser excluído da lista, etc.

Do total de alunos que responderam ao questionário, 56% relataram nunca ter participado de aula e cursos sobre tema, 75% destes alunos declaram ter um conhecimento regular, ruim ou péssimo sobre o assunto.

Depois de analisados cada estudo da amostra selecionada verificou-se um conhecimento deficiente a respeito do processo de doação de órgãos dos profissionais da saúde e principalmente dos acadêmicos das áreas, sendo estes responsáveis pelo processo eficaz, resultando em um melhor atendimento e diminuição das filas de espera por um órgão.

Com o levantamento de dados realizados observou-se que as publicações na área da assistência de enfermagem frente ao transplante de órgãos esta em desenvolvimento no Brasil, visto que a população de artigos pré selecionados mostrou uma discrepância ao ser comparado com a amostra selecionado sobre o tema em questão.

7. DISCUSSÃO

Embora o número de transplantes realizados no Brasil tenha aumentado nos últimos cinco anos, o índice de captação de órgãos, 06 doadores por milhão, é insuficiente quando comparado ao de países mais avançados, 22 doadores por milhão (GALVÃO; et al, 2007).

A utilização de órgãos de doador cadáver para transplante depende fundamentalmente da detecção do quadro de morte encefálica, dos cuidados clínicos e da manutenção hemodinamicamente em condições estáveis, com a finalidade de otimização dos órgãos e tecido, assegurando sua vitalidade (GUIDO; et al, 2009).

A falta de preparo na manutenção dos potenciais doadores de órgãos constitui a segunda causa de não efetivação da doação de órgãos no Brasil. Este é o resultado da falta de informação sobre transplantes, provoca insegurança, refletindo na assistência desqualificada e conseqüentemente prejudicando o processo como um todo.

Segundo Meneses; et al (2010), o Estado, por força do que dispõe o parágrafo único do artigo 10 da Lei 9.434/97, tem o dever e a responsabilidade de realizar campanhas de esclarecimento público e estímulo à doação de órgãos, o que permitiria a população compreender o significado do conceito de morte encefálica e toda a dimensão ética que envolve a questão.

Quando há esclarecimento adequado do conceito de morte encefálica, a família consegue enfrentar melhor esse momento e tem maior facilidade para pensar na possibilidade de doação. Mas como isso pode acontecer sendo que os próprios profissionais da área apresentam insegurança?

O adequado conhecimento sobre o tema resultará de um diagnóstico de morte encefálica precoce, melhor qualidade dos órgãos a serem transplantados, diminuição do tempo de espera nas filas para transplante e um reflexo positivo para a população, favorecendo o consentimento de famílias a partir da segurança e domínio do assunto.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transplante de órgãos, mesmo beneficiando paciente em falência total de um determinado órgão ainda apresenta um taxa de resistência das famílias quanto à autorização da doação, desta forma a taxa de demanda atual apresenta maior que a oferta de órgãos doados.

As comissões intra-hospitalares de transplante devem ser mais rigorosas e ativas, proporcionando assim o índice mais elevado de notificações de morte encefálica aumentando o número de possíveis doadores devido a diagnóstico precoce e também melhor manutenção do possível doador.

Na abordagem familiar é importante que o profissional demonstre transparência, paciência e compreensão. Isso deve ser feito em um ambiente propício. Os familiares devem entender a morte como um fato real e irreversível e ouvi-los é fundamental. Estes estão ali para falar e a indução sobre o consentimento de doação não é válido, a informação sim.

Um único potencial doador de múltiplos órgãos pode beneficiar mais de 10 pacientes se em nenhum dos órgãos houver alguma contra indicação. Sendo assim, nota-se a importância da manutenção adequada dos profissionais ao possível doador, visto que os cuidados prestados influenciam no tempo de espera de pacientes na fila de transplantes e estes profissionais muitas vezes cometem falhas por falta de treinamento prejudicando o processo.

O conhecimento deficiente dos profissionais da saúde sobre doação de órgãos afeta de maneira direta no prejuízo funcional o processo como um todo. Seria de fundamental importância implantar cursos e treinamentos para os mesmos nas instituições trabalhadas, desta forma seria até mesmo mais gratificante para estes, já que a insegurança tem como consequência a falhas.

Já para os acadêmicos, seria necessária a inserção de uma disciplina específica sobre transplantes, ou até mesmo cursos, simpósios ou matérias optativas que abordassem o conteúdo, dessa forma, pelo menos aqueles que despertassem interesse teria a oportunidade de ter acesso a essas informações, formando profissionais mais curiosos e interessados pelo tem.

Com este estudo vê-se o quanto é relevante a abordagem do tema aos profissionais e formandos para uma melhor prática clínica e conseqüentemente resultado mais efetivos.

Referências

ALMEIDA, Kely Cristina de; TIPPLE, Anaclara F. V.; BACHION, Maria Márcia; LEITE, Giulena Rosa; MEDEIROS, Marcelo. **Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface**. Revista Brasileira de Enfermagem. V 56. n 1, Brasília, 2003.

BARBOSAL, Luciana Rodrigues; MELO, Marcia Regina Antonietto da. **Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura**. Revista Brasileira de Enfermagem. Ribeirão Preto – SP, 2008.

CICOLO, Emilia Aparecida; ROZA, Bartira de Aguiar; SCHIRMER, Janine. **Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira.** Revista Brasileira de Enfermagem. V 63. n°2. Brasília, 2010

CINQUE, Valdir Moreira; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Ribeirão Preto, 2010.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. **Prática Baseada em Evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico.** Revista Latino Americana de Enfermagem. V 13. n° 3. São Paulo, 2005.

D'IMPÉRIO, Fernando. **Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva V 19. n° 1. São Paulo, 2007.

FAGIOLI, Felipe Gonçalves Declié; BOTONI, Fernando Antônio. **Tratamento do potencial doador de múltiplos órgãos.** Revista Médica de Minas Gerais. V 19. n° 3. Blo Horizonte, 2009.

GALVÃO, Flávio H. F.; CAIRES, Renato A.; NETO, Raimundo S. Azevedo; MORY, Eduardo K.; FIGUEIRA, Estela R. R.; OTSUZI, Thiago S.; BACCHELLA, Telesforo; MACHADO, Marcel C. C. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos. Revista da Associação Médica Brasileira. V 53. n° 5. São Paulo, 2007.

GUETTI, Nancy Ramos, MARQUES, Isaac Rosa. **Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica.** Revista Brasileira de Enfermagem. V 61. n°1. Brasília, 2008.

GUIDO, Laura de Azevedo; LINCH, Graciele Fernanda da Costa; ANDOLHE, Rafaela; CONEGATTO, Carmine Cony; TONINI, Carolina Codevila. **Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. V 17 n° 6. 2009.

LEMES, Maria Madalena Del Duqui; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. **Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: Estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem.** Revista Latino Americana de Enfermagem 2007. Setembro – outubro v 15. n° 5. Ribeirão Preto.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidência na saúde e na enfermagem.** Red de Revistas Científicas de América Latina. V 17. n° 4. Santa Catarina, 2008.

MENDONÇA, Alessandra Santana; CASTRO, Dayana Clênia; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. **Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos.** Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição. V 1. n° 1. Goiás, 2010.

MENESES, Elienai de Alencar; SOUZA, Márcia Ferreira Brandão; BARUZZI, Regina Maura; PRADO, Mauro Machado do; GARRAFA, Volnei. **Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal.** Revista Bioética. V 18. n° 2. Brasília, 2010.

MORAES, Edvaldo Leal de; SILVA, Leonardo Borges de Barros e; MORAES, Tatiana Cristina de; et al. **O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos.** Revista Latino Americana de Enfermagem. V17. n°5. Ribeirão Preto, 2009.

MORATO, Eric Grassi. **Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização.** Revista Medica de Minas Gerais. V 19. n° 3. Belo Horizonte, 2009.

NEYHRT, Clara D. **Patient Questions About Transplantation: A Resource Guide.** Nephrology Nursing Journal. V 36. n° 3. 2009.

PEDROLO, Edivane; DANSKI, Mitzy Tannia Reichembach; MINGORANCE, Pricila; LAZZARI, Luciana Souza Marque de; MÉIER, Marineli Joaquim, CROZETA, Karla. **A**

prática baseada em evidência como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. Cogitare Enfermagem. V 14. n° 4. Curitiba, 2009.

RECH, Tatiana H.; FILHO, Édison Moraes Rodrigues. **Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva v 19 n° 2. Porto Alegre, 2007.

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

SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. **Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. V13. n° 3. Ribeirão Preto, 2005.

SCHEIN, Alaor Ernst; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci; ROCHA, Taís Sica da; GUEDES, Renata Rostirola; MOSCHETTI, Laura; SALVIA, João Caron La; SALVIA, Pedron Caron La. **Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. V 20. n° 2. São Paulo, 2008.

SOUZA, Raphael F. de. **O que é um estudo clínico randomizado?** Simpósio: Planejamento e condução de estudo clínicos de alta evidência. V29. n° 1. Ribeira Preto, 2009.

SOUZA, Raquel Pusch de. **Captação de doação de órgãos – uma visão institucional.** 228p. Dissertação (Mestrado em Organizações e Desenvolvimento) - FAE Centro Universitário. Curitiba, 2009.

WESTPHAL, Glauco Adrieno; FILHO, Milton Caldeira; VIEIRA, Kalinca Daberkow; et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico Revista Brasileira de Terapia Intensiva. V 23. n° 3. São Paulo, 2011.

WESTPHAL, Glauco Adrieno; FILHO, Milton Caldeira; VIEIRA, Kalinca Daberkow; et al. **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte II. Ventilação mecânica, controle endócrino metabólico e aspectos hematológicos e infecciosos.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. V 23. n° 3. São Paulo, 2011.

WESTPHAL, Glauco Adrieno; FILHO, Milton Caldeira; VIEIRA, Kalinca Daberkow; et al. **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte III: recomendações órgãos específicas.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. V 23. n° 4. São Paulo, 2011.

APÊNDICE 1

Instrumento de coletas de dados

Referências: _____

Profissão do autor: _____

Área de atuação: _____

País de origem: _____ Qualificação: _____

Fonte: () LILACS () SCIELO () MEDLINE () BDENF

Título do periódico: _____

Tipo de estudo: _____

Ano de publicação: _____

Delineamento do estudo: _____

Tipo de publicação: () Artigo () Livro () Tese () Dissertação

Qual o conhecimento dos profissionais e acadêmicos da saúde sobre doação de órgãos?

ANEXO 1

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA**

ANEXO

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

(Res. CFM nº. 1.480, de 8/8/97)

Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Idade: ___ anos ___ meses ___ dias

Data de Nascimento _____

Sexo: M F Raça: A B N

Registro Hospitalar: _____

a. Causa do Coma:

a.1. Causa do coma

a.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia Sim () Não ()

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central Sim () Não ()

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

b. Exame Neurológico

Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

Idade Intervalo

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 06 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. Obrigatoriamente, para todos os itens abaixo).

Elementos do exame neurológico Resultados

1º exame 2º exame

Coma apreceptivo () Sim () Não () Sim () Não

Pupilas fixas e arreativas () Sim () Não () Sim () Não

Ausência de reflexo córneo-palpebral () Sim () Não () Sim () Não

Ausência de reflexos oculocefálicos () Sim () Não () Sim () Não

Ausência de respostas às provas calóricas () Sim () Não () Sim () Não

Ausência de reflexo de tosse () Sim () Não () Sim () Não

Apnéia () Sim () Não () Sim () Não

c. Assinaturas dos Exames Clínicos

(Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

1 – Primeiro Exame

2 – Segundo Exame

Data: _____ Hora: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome do Médico: _____ Nome do Médico: _____

CRM: _____ Fone: _____ CRM: _____ Fone: _____

End.: _____ End.: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

d. Exame Complementar

Indicar o exame realizado e anexar laudo com a identificação do médico responsável

1. Angiografia cerebral
2. Cintilografia radioisotópica
3. Doppler Transcraniano
4. Monitorização da Pressão Intracraniana
5. Tomografia Computadorizada com Xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único
7. EEC
8. Tomografia por emissão
9. Extração cerebral de oxigênio
10. Outros

e. Observações:

1 Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supra-espinal. Conseqüentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infra-espinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos reflexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 Usar 50ml de líquido (soro fisiológico, água, etc.) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 Constatar a ausência de movimentos oculares.

3. Teste da apnéia – no doente em coma, o nível sensorial de estímulos para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO₂ de até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região pontobulbar ainda esteja integrada. A provada apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 Ventilar o paciente com O₂ de 100% por 10 minutos.

3.2 Desconectar o ventilador.

3.3 Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO₂ atingir 55 mmHg.

4. Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 Em pacientes com dois anos ou mais – 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 Para pacientes abaixo de 2 anos:

6.1 De 1 ano a 2 anos incompletos: dois eletroencefalogramas com intervalo de 12 horas.

6.2 De 2 meses de idade a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48h.

7. Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, art. 13).

ANEXO 3

Tabela 3

Variáveis do estudo relacionadas aos autores da amostra

<u>Número e Título</u>	<u>Profissão</u>	<u>Área de atuação</u>	<u>País de origem</u>	<u>Qualificação</u>
<u>1. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal</u>	<u>Médica</u>	<u>Saúde do trabalhador</u>	<u>Brasil</u>	<u>Mestre</u>
<u>2. Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica</u>	<u>Médico</u>	<u>Pediatra</u>	<u>Brasil</u>	<u>Especialista</u>
<u>3. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos</u>	<u>Médico</u>	<u>Docência</u>	<u>Brasil</u>	<u>Mestre</u>
<u>4. Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>Nefrologia</u>	<u>Brasil</u>	<u>Especialista</u>
<u>5. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>Docência</u>	<u>Brasil</u>	<u>Doutora</u>
<u>6. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>Docência</u>	<u>Brasil</u>	<u>Mestre</u>

Fonte: Dados do Estudo – elaborado pela autora

ANEXO 4

Tabela 4

<u>Variáveis do estudo relacionadas às publicações da amostra</u>						
<u>Número e Título</u>	<u>Fonte</u>	<u>Ano de publicação</u>	<u>Tipo de publicação</u>	<u>Periódico</u>	<u>Delineamento</u>	<u>Evidência</u>
<u>1- Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal</u>	<u>LILACS</u>	<u>2010</u>	<u>Artigo</u>	<u>Revista Bioética</u>	<u>Estudo experimental</u>	<u>II</u>
<u>2- Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica</u>	<u>LILACS</u>	<u>2008</u>	<u>Artigo</u>	<u>Revista Brasileira de Terapia Inten.</u>	<u>Estudo experimental</u>	<u>II</u>
<u>3- Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos</u>	<u>LILACS</u>	<u>2007</u>	<u>Artigo</u>	<u>Revista da Associação Médica Brasileira</u>	<u>Estudo experimental</u>	<u>II</u>
<u>4- Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface</u>	<u>LILACS</u>	<u>2003</u>	<u>Pesquisa</u>	<u>Revista Brasileira de Enfermagem</u>	<u>Pesquisa qualitativa</u>	<u>IV</u>
<u>5- Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos</u>	<u>LILACS</u>	<u>2009</u>	<u>Artigo</u>	<u>Revista Latino Americana de Enfermagem</u>	<u>Estudo exploratório descritivo</u>	<u>IV</u>
<u>6- Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo</u>	<u>LILACS</u>	<u>2007</u>	<u>Artigo</u>	<u>Revista Latino Americano em</u>	<u>Pesquisa etnográfica</u>	<u>III</u>

etnográfico sobre a vivência da enfermagem

Fonte: Dados do Estudo – elaborado pela autora

