

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LUIZA HELENA GOMES VIANA COELHO**

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO BRASILEIRO SOBRE A MANUTENÇÃO DO  
POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA**

**BELO HORIZONTE**

**2013**

**LUIZA HELENA GOMES VIANA COELHO**

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO BRASILEIRO SOBRE A MANUTENÇÃO DO  
POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selme Silqueira de Matos

**BELO HORIZONTE**

**2013**

Coelho, Luiza Helena Gomes Viana

S237e Percepção do enfermeiro brasileiro sobre a manutenção do potencial doador de órgãos em morte encefálica [manuscrito]. / Luiza Helena Gomes Viana Coelho. – Belo Horizonte: 2.013.

47 f.: il.

Orientadora: Dra. Selme Silqueira de Matos.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade- Especialidade Enfermagem em Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

1. Enfermagem. 2. Morte Encefálica. 3. Transplantes. I. Matos, Selme Silqueira de Matos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WI 100.4



LUIZA HELENA GOMES VIANA COELHO

TÍTULO DO TRABALHO: "Percepção de enfermeiro brasileiro sobre a manutenção do potencial doador de órgãos em morte encefálica".

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos. (Área de concentração).

APROVADO: 05 de julho de 2013.

Prof.<sup>a</sup> **SELME SILQUEIRA DE MATOS** (Orientadora)  
(UFMG)

Prof.<sup>a</sup> **DACLÉ VILMA CARVALHO**  
(UFMG)

Prof.<sup>a</sup> **ELINE LIMA BORGES.**  
(UFMG)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo à minha mãe, Hilda Gomes Viana pelo exemplo de perseverança, caráter, amor e dedicação. E ao meu pai, Luiz Gonzaga Fernandes Coelho pelo carinho tão acolhedor. Amo vocês.

Aos pacientes que se candidatam e se submetem a transplantes que me motivam a estudar e a ser uma profissional melhor a cada dia.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades e força para perseverar na busca da realização dos meus sonhos.

Ao Rogério Alves da Costa, meu amigo e marido pelo incentivo. À Ana Luiza Alves Viana Coelho, minha Brisa por dar sentido à minha vida.

Às colegas da pediatria em especial à Rosemayre Maria Piedade Lima pelas várias vezes que colaboraram comigo trocando plantões para que eu pudesse assistir às aulas.

Às colegas da turma de Transplantes. Às minhas irmãs Thaís Viana Maia e Ludimila Gomes Viana Coelho pelo apoio em todos os sentidos.

À Prof.<sup>a</sup> Mrs. Malvina Maria Duarte Freitas por ter me proporcionado a oportunidade de realizar meu sonho profissional de atuar como enfermeira de Transplantes.

À Dr.<sup>a</sup> Eline Lima Borges membro da banca examinadora. Sem sua colaboração a realização desse trabalho não seria possível.

Muito obrigada!

## RESUMO

O transplante de órgãos é uma modalidade terapêutica que depende de órgãos de qualidade para ser bem sucedido. O melhor caminho para aumentar a oferta de órgãos para transplante é pela otimização do uso de sua principal fonte: o doador cadáver com morte encefálica (ME). O objetivo desse estudo foi identificar a percepção do enfermeiro frente ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos com morte encefálica. Trata-se de metassíntese, cuja busca dos estudos foi realizada nas bases BDENF, LILACS e SCIELO. Foi identificado um total de 367 publicações incluindo todas as repetições, selecionadas seis, sendo que duas compuseram a amostra por atenderem os critérios de inclusão: estudos qualitativos primários realizados com enfermeiros brasileiros, publicados em inglês, espanhol ou português no período de 2002 a 2012. Os resultados revelaram que o conhecimento dos enfermeiros é insatisfatório a respeito do conceito e fisiopatologia da ME; o cuidado é prestado de forma desorganizada e falta clareza sobre quais são os cuidados específicos para paciente em ME e o questionamento sobre o tema morte também se fez presente. Conclui-se que apesar do pequeno número de estudos que compuseram a metassíntese, esses apresentam risco de viés baixo a moderado permitindo que o resultado dessa pesquisa forneça subsídios para avaliações, reflexões e ações relativas a mudanças significativas na gestão de qualidade da assistência prestada ao paciente em ME, além da implementação de medidas de educação sobre a importância dos profissionais no processo de doação, iniciando durante a graduação, com o objetivo de reduzir o tempo nas filas de espera por um transplante de órgão no Brasil.

**Descritores:** Enfermagem, Morte Encefálica e Transplantes.

## **ABSTRACT**

Organ transplantation is a therapeutic modality that depends on organ quality to be successful. The best way to increase the supply of organs for transplantation is the optimal use of its main source: the cadaver donor with brain death (BD). The aim of this study was to identify the perception of the nurse in the process of maintenance of potential organ and tissue donor with brain death. It is a meta-synthesis, whose studies were searched at databases BDENF, LILACS and SciELO. A total of 367 publications were identified including repetitions, selected six, two of which were included in the sample because they meet the inclusion criteria: primary qualitative studies conducted with Brazilian nurses publicized in English, Spanish or Portuguese in the period 2002-2012. The results revealed that nurses' knowledge is unsatisfactory about the concept and pathophysiology of BD; care is provided in a disorganized manner and there is a lack of clarity on what is the specific care for patients in BD, and questioning about the death topic was also present. It is concluded that despite the small number of studies that composed the meta-synthesis, those presents a low to moderate risk of bias allowing the results of this research to provide subsidies for evaluations, reflections and actions related to significant changes in the management of quality of care provided to patients in BD, in addition to implementing educative measures about the importance of professionals in the donation process, starting from under graduation, in order to reduce the time on waiting lists for an organ transplant in Brazil.

**KEY-WORDS:** Nursing, Brain Death, Transplantation.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....</b>	<b>19</b>
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>25</b>
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>7. DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>47</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As pessoas podem passar por diversas situações em que o transplante de órgãos é, em muitos casos, a única alternativa terapêutica viável para insuficiência funcional terminal de diferentes órgãos essenciais. Nos últimos anos, percebe-se em diversos países, incluindo o Brasil, uma preocupante desproporção entre a demanda de órgãos para transplante e o número de transplantes efetivados. Para reverter esse fato ocorre uma grande mobilização para que as discrepâncias entre demanda e oferta de órgãos sejam minimizadas. Observa-se que muitos dos problemas de oferta de órgãos estão associados a falhas nos processos de reconhecimento da morte encefálica (ME), de abordagem familiar e de manutenção clínica do doador falecido (WESTPHAL *et al.*, 2009).

A ME representa uma condição clínica complexa que caracteriza um estado irreversível de cessação de todo o encéfalo e funções neurais, resultantes de edema ou maciça destruição dos tecidos encefálicos ou ambas. Nesses casos a atividade cardiopulmonar está mantida pelos avanços tecnológicos do suporte de vida. As causas da ME, geralmente decorrem de acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, trauma cranioencefálico (TCE) e tumores. Levantamento realizado pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo nos anos de 1999 e 2000 comprovou que 1.755 notificações de ME ocorreram na cidade de São Paulo decorrentes de causas vasculares (47%), TCE (39%) e tumores (4%). Outras causas foram responsáveis por 10% dos casos (SALLUM; ROSSATO; SILVA, 2011).

A Resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina define ME como coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia, consequência de processo irreversível e de causa conhecida. O diagnóstico de ME deve ser corroborado por exame complementar que demonstre ausência de atividade elétrica cerebral ou, ausência de atividade metabólica cerebral ou, ausência de perfusão sanguínea cerebral. Os profissionais devem excluir casos de hipotermia e de uso de depressores do sistema nervoso central (NETO, 2010).

O paciente com suspeita de ME requer duas avaliações clínicas, sendo que a primeira poderá ser realizada por um médico intensivista e a segunda, preferencialmente por um neurologista. São observados dados clínicos e complementares que deverão ser registrados no termo de declaração de ME. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas para a caracterização de ME são definidos por faixa etária: 48 horas para pessoas de sete dias a dois meses incompletos; 24 horas para pessoas de 2 meses a 1 ano incompleto, 12 horas para pessoas de 1 ano a 2 anos incompletos e 6 horas para pessoas com mais de 2 anos (SALLUM;

ROSSATO; SILVA, 2011). Clinicamente são necessários coma aperceptivo, pupilas fixas e areativas, ausência de reflexo córneo-palpebral, ausência de reflexos óculocefálicos, de respostas às provas calóricas, de reflexo de tosse e apnéia (NETO, 2010).

O paciente com suspeita de ME também é submetido a exames complementares comprobatórios. Os mais confiáveis e aceitos atualmente são: a angiografia cerebral completa, angiografia cerebral radioisotópica, doppler transcraniano, tomografia computadorizada com contraste ou com xenônio. O eletroencefalograma pode ser utilizado como exame subsidiário (SALLUM; ROSSATO; SILVA, 2011).

Pessoas com ME passam a ser um potencial doador de órgãos. O transplante de órgãos tornou-se uma opção por excelência no tratamento da falência terminal de órgãos em pacientes bem selecionados para essa terapêutica. Essa posição foi conquistada depois de grandes avanços na área da terapia intensiva, da imunologia e da farmacologia. Entretanto, o transplante de órgãos tornou-se vítima do seu próprio sucesso, uma vez que o número de pacientes aguardando por um órgão excedeu em muito a disponibilidade dos mesmos para doação. Esse dado é confirmado pela crescente taxa de mortalidade de pessoas que encontram-se em fila de espera. O incremento do número de doadores e de efetivas doações envolve, entre outros fatores, estratégias relacionadas ao equilíbrio clínico do doador (D'IMPERIO, 2007).

As medidas adotadas para a manutenção adequada do potencial doador, embora pareçam óbvias, não são realizadas em grande parte das unidades de terapia intensiva brasileiras. Esse fato é evidenciado pela ausência quase absoluta da sistematização do atendimento ao potencial doador de múltiplos órgãos. Aparentemente, o caminho mais promissor para aumentar a oferta de órgãos para transplante é pela otimização do uso de sua principal fonte: o doador cadáver com ME. (WESTPHAL *et al.*, 2009). O tratamento que tinha como objetivo a otimização da perfusão cerebral agora tem como prioridade garantir o melhor suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados. A assistência de enfermagem nesse contexto deve atender as necessidades fisiológicas básicas do potencial doador entre outros cuidados (RECH; FILHO, 2007).

Nas várias etapas que constituem o processo de doação de órgãos participam vários profissionais, entre eles estão os enfermeiros, profissionais que integram as equipes transplantadoras e as organizações à procura de órgãos participando de várias atividades que são regulamentadas pela Resolução 292/2004 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010).

De acordo com Bitencourt *et al.* (2007) o tema ME ainda desperta muitas dúvidas. Um dos motivos é o fato de não ser priorizado nos cursos de graduação e pós-graduação. Na opinião dos estudantes de medicina, avaliados por esses autores, os principais motivos que dificultam o diagnóstico de ME são aspectos éticos, morais e religiosos, seguidos de baixo conhecimento técnico-científico por parte dos médicos. Os profissionais de saúde devem ser referência para a comunidade na divulgação do conceito de ME e maior aceitação pela população e conseqüente aumento no número de transplante de órgãos.

O enfermeiro, enquanto parte integrante da equipe multidisciplinar que atua no processo de manutenção do potencial doador de órgãos, precisa apresentar habilidades e conhecimento no seu fazer visando contribuir com a equipe de saúde para obtenção de resultados, isto é aumento da demanda de órgãos para transplante e do número de transplantes efetivados. Considerando que o conteúdo referente à doação e ao transplante de órgãos e tecidos não é garantido na grade curricular do Curso de Graduação desse profissional por se tratar de tema específico, questiona-se como o enfermeiro se sente quando é o responsável pela assistência ao potencial doador de órgãos que apresenta ME. Para isso buscou-se subsídios na literatura para verificar a percepção do enfermeiro frente ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos.

A identificação das potencialidades e fragilidades desse profissional poderá subsidiar os responsáveis pelos programas de educação permanente de instituições nas quais estão internados pacientes com ME e naquelas onde ocorrem transplantes de órgãos para a elaboração de metodologias de educação para o profissional enfermeiro. Isso se justifica porque o transplante de órgãos é hoje uma modalidade terapêutica de custos elevados e que depende de órgãos de qualidade entre muitos outros fatores para ser bem sucedido.

## **2. OBJETIVO**

Identificar a percepção do enfermeiro frente ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos com morte encefálica.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Transplante de órgãos ou tecidos significa a cirurgia realizada em pacientes com patologias graves e irreversíveis em um determinado órgão ou tecido do corpo. Um outro órgão saudável pode ser recebido de um doador vivo ou em ME. O Brasil é o segundo país em número de transplantes, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Apesar de representar um importante recurso terapêutico a cirurgia não significa a cura, mas sim a possibilidade de uma nova perspectiva de vida. Nessa nova realidade o paciente deve realizar acompanhamento médico contínuo, aderir a um plano de cuidados e fazer uso de medicação imunossupressora para manutenção de sua saúde (SILVA *et al.*, 2011).

Atualmente, o transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa no tratamento de pacientes que se encontram em estado terminal irreversível da função cardíaca, hepática, renal ou pancreática, proporcionando melhora na qualidade e expectativa de vida desses indivíduos (FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011).

Os primeiros alotransplantes realizados foram os de córneas, realizados por volta de 1880. O marco ocorreu em 1954, quando foi realizado o primeiro transplante renal com sucesso entre gêmeos idênticos em Boston nos Estados Unidos da América. Em 1967, Christian Barnard, até então desconhecido cirurgião de um hospital sul-africano da Universidade de Cape Town, tornou-se o precursor dos transplantes cardíacos bem sucedidos. O Brasil destaca-se no cenário histórico dos transplantes devido ao fato do Dr. Euriclides Zerbini ter realizado o primeiro transplante cardíaco do país em 1968 no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na cidade de São Paulo (FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011).

No Brasil, os transplantes de órgãos tiveram início em 1960. Durante os primeiros trinta anos essa atividade era pouco regulamentada. As regulamentações eram regionais e informais no que diz respeito à inscrição de receptores, retirada de órgãos e distribuição de órgãos captados (PAULINO; TEIXEIRA, 2009).

Em 1968, o Brasil publicou sua primeira legislação para transplantes de órgãos, caracterizada pela lei 5.479 que regulamenta a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáveres com finalidade terapêutica e científica. Com a publicação da lei de Transplantes, passou a vigorar o consentimento informado pelo qual o destino dos órgãos do potencial doador era decidido pelos seus familiares. Após sofrer algumas alterações foi promulgada em 1997 a lei 9.434, juntamente com a lei 10.211 de 2001 e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.480 de 1997, estabeleceram as diretrizes para a

política nacional de doação e transplante de órgãos e tecidos até a atualidade (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010).

A lei nº 9.434/97 dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, posteriormente alterada pela lei nº 10.211/01. Essa lei define que a retirada de órgãos de pessoas falecidas dependerá da autorização do cônjuge ou parente maior de idade, obedecida a linha sucessória reta ou colateral, até 2º grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. A lei tem como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos (MENDONÇA; CASTRO; BRASILEIRO, 2010).

A semelhança genética entre receptor-doador contribui para se evitar a rejeição do órgão recebido e aumentar a sobrevida desse mesmo órgão. Os transplantes de órgãos ou tecidos são classificados como: autotransplante – transplante de órgãos, tecidos ou células do mesmo indivíduo; isotransplante – transplante entre indivíduos com a mesma constituição genética (gêmeos idênticos); alotransplante – transplante feito com órgãos de indivíduos da mesma espécie (esse é o tipo mais comum de transplante) e xenotransplante – transplante entre indivíduos de espécies diferentes. (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2012).

Os vários tipos de transplantes – intervivos, de tecidos renováveis, de doador cadáver ou de doador vivo – criam situações que podem despertar diversas questões éticas. Quando o doador é cadáver fica evidente que o infortúnio de um significa a sorte de outra pessoa. A abordagem da família do potencial doador é um momento crucial para se tentar convencer os parentes a decidirem sobre o destino do corpo do seu ente querido. A idoneidade dos envolvidos é fundamental para que a doação seja bem sucedida. É fundamental que a família do doador tenha plena convicção que todos os recursos necessários foram utilizados e a hora na qual foi constatada a morte encefálica é a que deve ser registrada no atestado de óbito. Deve se levar em conta também que questões religiosas podem ter relevância na decisão de se efetuar ou não a doação de órgãos (PAULINO; TEIXEIRA, 2009).

A política sobre transplante de órgãos constitui um processo que se divide em: detecção, avaliação e manutenção do potencial doador, diagnóstico ME, consentimento familiar ou ausência de negativa, documentação de ME, remoção e distribuição de órgãos e tecidos, transporte e acompanhamento de resultados (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010).

As equipes captadoras de órgãos têm a responsabilidade de selecionar adequadamente os doadores pelo risco de se transferir uma doença do doador para o receptor (PAULINO; TEIXEIRA, 2009). Os critérios para avaliação do potencial doador são essenciais para se

evitar a transmissão de doenças infecciosas e neoplásicas para o receptor. As situações que caracterizam contra-indicação para a captação de órgãos e tecidos são: presença de anticorpos contra o vírus da imunodeficiência adquirida, infecções virais, presença de neoplasias (com exceção de quando o tumor primário é do sistema nervoso central) e sepse bacteriana (FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011).

O Brasil dispõe do maior programa de Transplantes público mundial, embora ainda insuficiente a taxa obtida é de 5,4 doadores por milhão de habitantes/ano. O Transplante de órgãos é um processo onde o conjunto de ações e procedimentos conseguem transformar um potencial doador em um doador efetivo (MATTIA *et al.*, 2010).

Um potencial doador é um paciente com diagnóstico de ME sem as contra-indicações clínicas que representam riscos para os receptores de órgãos. Pacientes com lesões neurológicas agudas graves, não raramente, evoluem para o quadro de ME e encontram-se internadas, geralmente nas unidades de terapia intensiva. Dentre as principais causas de ME estão: hemorragia intracraniana (45%), trauma (45%) e lesão isquêmica (10%). Quando um potencial doador é identificado existe a obrigatoriedade de notificação compulsória à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO) do estado pelo médico ou enfermeiro (MATTIA *et al.*, 2010).

Em 2005 foram regulamentadas as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) que têm como principal objetivo articular-se com a CNCDO do estado, com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de ME, zelar pela manutenção de potenciais doadores, identificação de recursos diagnósticos para viabilização do processo, organização das rotinas e protocolos. No âmbito institucional garante a adequada entrevista familiar para solicitação de doação e promove um programa de educação continuada para compreensão desse processo. Essa comissão estimula a notificação de pacientes com diagnóstico de ME (SCHIRMER, 2006).

Para que a doação de órgãos e tecidos seja efetivada as etapas precisam ser seguidas: 1) identificação de paciente com critérios clínicos de ME; 2) diagnóstico de ME; 3) avaliação clínica e laboratorial; 4) manutenção do potencial doador; 5) entrevista familiar. Após a concordância dos familiares o termo de orientação e autorização é entregue à família (MATTIA *et al.*, 2010).

Mattia *et al.* (2010) afirmam que a progressiva melhora na sobrevivência dos transplantados de órgãos tem aumentado muito o número de pacientes inscritos em lista de espera. Em contrapartida um número cada vez menor de potenciais doadores tem sido notificado às centrais de transplantes, embora esteja existindo mais campanhas nesse sentido



pelos órgãos de comunicação em massa. É provável que outros fatores determinantes coexistam dificultando a concretização dos transplantes. O inadequado número de órgãos não é atribuído somente à falta de doadores, mas também à dificuldade de transformar um potencial doador em um doador efetivo.

Fatores que limitam a doação de órgãos são: falta de identificação e notificação do potencial doador, inadequada manutenção do potencial doador, necessidade de exame subsidiário confirmatório para Morte Encefálica, inadequada entrevista dos familiares, dificuldade de contato com as equipes de transplantes, dificuldade nas retiradas dos órgãos, distribuição dos órgãos doados, falta de educação continuada aos profissionais de saúde (MATTIA *et al.*, 2010).

O diagnóstico de ME é de extrema importância pela necessidade de aumentar o número de doações e transplante de órgãos, sendo este o grande motivador desse diagnóstico. Além da subnotificação dos pacientes com ME, a recusa familiar é uma das principais causas para o número relativamente reduzido de transplantes no Brasil. O médico envolvido no diagnóstico de ME não deve ser responsável pela abordagem da família sobre a doação de órgãos. Esse ato deve ocorrer somente após a confirmação do diagnóstico para não despertar a desconfiança da família e prejudicar o processo de doação. Por esse motivo a CNCDO deve ser acionada para tratar desse tema com a família e providenciar os procedimentos necessários à doação (BITENCOURT *et al.*, 2007).

A manutenção do potencial doador de órgãos demanda tempo, investimento de recursos materiais e humanos e é emocionalmente desgastante para a equipe, uma vez que os esforços poderiam ser destinados a um paciente com possibilidades de sobrevivência. Contudo, um potencial doador em boas condições pode beneficiar com órgãos e tecidos para transplante de 10 ou mais pacientes (MATTIA *et al.*, 2010). Contudo, falhas no processo de doação de órgãos, por exemplo, negativa familiar e condições técnicas do trabalho dos profissionais de saúde podem reduzir o potencial de doação. Interferência no processo de trabalho pode ter relação com cuidados inadequados com o potencial doador de órgãos que deverá ser tratado com o mesmo empenho que qualquer outro paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011).

Com a regulamentação dos Transplantes de Órgãos no país, o Conselho Federal de Enfermagem determinou na Resolução nº 292/2004 que ao enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao potencial doador de órgãos e tecidos. Uma dessas ações é notificar às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) a existência de um potencial doador (MATTIA

*et al.*, 2010). Segundo essa mesma resolução, o enfermeiro é responsável por desenvolver e participar de pesquisas relacionadas ao processo doação-transplante, organizar programas educativos para a comunidade visando a difusão da importância da doação, aprimorar e capacitar os profissionais de enfermagem envolvidos no processo de doação. É responsável ainda por aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos e documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador e também do receptor. As anotações de enfermagem servem como subsídio para a tomada de decisões das condutas a serem implementadas. Devem ser fidedignos para que os parâmetros sejam concretos. A padronização dos cuidados intensivos ao doador de múltiplos órgãos está associada ao aumento do número de órgãos captados e à sua qualidade (FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011).

Cuidados específicos para a efetiva manutenção do potencial doador são geralmente negligenciados pela equipe de enfermagem. A negligência nos cuidados prestados pode ter refletido nos baixos índices de efetivação de doações. No estudo realizado por Fonseca, Nogueira e Costa (2011), encontrou-se 4,17% de retiradas de órgãos para transplante. Nessa pesquisa foram analisados 24 prontuários. Desses, não foram identificadas anotações da enfermagem referentes à monitorização multiparamétrica em sua maioria (20/83,33%). Foram identificados registros nos prontuários de medidas para se evitar a hipotermia (13/54,17%) nos potenciais doadores de órgãos, realização de cateterismo de demora (23/95,8%) e o balanço hídrico (17/70,83%). Destaca-se que o controle hídrico que é de extrema importância para a manutenção da função renal, além de ser função do enfermeiro realizar o cateterismo vesical de demora, registrar o balanço hídrico e avaliar se o mesmo está satisfatório. Os autores identificaram o registro do uso da bomba de infusão para drogas vasoativas (5/20,83%), manutenção da dieta enteral até a entrada do potencial doador no centro cirúrgico (3/12,50%) e da cabeceira elevada a 30° (4/16,76%). O registro da manutenção das vias aéreas permeáveis através de aspiração de secreção traqueobrônquica com registro de quantidade e características dessa secreção de no mínimo de 6 em 6 horas estava presente 19 (79,17%) prontuários. Destaca-se que o cuidado com a integridade das córneas não foi mencionado em 21 (87,50%) prontuários, não sendo possível saber se o cuidado foi ou não realizado.

No serviço onde pesquisa já citada foi realizada, a Sistematização da Assistência de Enfermagem já estava implementada, mas o registro do processo de enfermagem foi identificado em apenas um prontuário (4,17%) (FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011). Esse achado contrapõe-se à resolução do COFEN nº 292 que determina as responsabilidades

do enfermeiro na assistência ao potencial doador de órgãos e devido registro do processo doação/transplante nos prontuários do doador e do receptor. A anotação do enfermeiro nas 24 horas do dia de assistência prestada, além de ser responsabilidade legal, garante a continuidade da assistência e a comunicação entre os integrantes da equipe de saúde.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Este estudo adotou como referencial teórico a prática baseada em evidências (PBE) e, como referencial metodológico, a metassíntese.

##### **Referencial Teórico: Prática Baseada em Evidências**

O movimento da prática baseada em evidências (PBE) iniciou a partir de 1.990, principalmente no Canadá e Reino Unido na área da medicina decorrente da necessidade de aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços. A seguir, difundiu-se para outros países e áreas do conhecimento (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). Na enfermagem começou incipiente, mas tem progredido nos últimos cinco anos.

De acordo com Guanilo, Takahashi e Bertolozzi (2011), a PBE é um movimento que surgiu da necessidade de aprimoramento da prática clínica e da qualidade de ensino. Emerge da necessidade de sintetizar a grande quantidade de informações científicas com a finalidade de se obter subsídios para fundamentar propostas de aprimoramento, implementação e avaliação de resultados para incrementar a assistência e o ensino.

A PBE é uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino que tem no conhecimento e qualidade da evidência a finalidade de promover a qualidade dos serviços de saúde e a redução dos custos operacionais. Na enfermagem baseia-se na utilização dos resultados de pesquisas na prática profissional. Esse movimento vem criar um elo que interliga os resultados das pesquisas e sua aplicação prática, pois conduz a tomada de decisão no consenso das informações mais relevantes para o melhor cuidar (PEDROLO *et al.*, 2009).

Essa abordagem busca através da definição de um problema a avaliação crítica das evidências disponíveis para a sua posterior implementação na prática e avaliação dos resultados obtidos. Inclui ainda a competência clínica do profissional e as preferências do cliente para a decisão sobre a assistência a ele prestada (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Mendes, Silveira e Galvão (2008) citam que um dos propósitos da PBE é encorajar a utilização dos resultados de pesquisa para a assistência à saúde reforçando a importância da pesquisa para a clínica, uma vez que os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promover a melhoria do cuidado ao paciente. Representa para a enfermagem melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes nos diversos

níveis de atenção. A utilização das evidências científicas encontradas requer habilidades do profissional de saúde, é um dos pilares da PBE e busca a resolução de problemas.

A PBE é definida como um processo que se desenvolve em cinco etapas: a primeira consiste na formulação de problemas clínicos gerados da prática profissional; a segunda da busca de evidências na literatura e outros recursos; a terceira etapa consiste em avaliar as evidências; a quarta etapa procura utilizar a melhor evidência encontrada a fim de planejar e implementar o cuidado ao cliente e a quinta consiste na avaliação do enfermeiro em relação a sua própria prática (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003 ).

O termo baseado em evidências implica o uso de pesquisas e sua aplicação como base para a tomada de decisões para a assistência na saúde. Sendo a qualidade dessa evidência essencial para o profissional que deve ser capaz de fazer julgamentos entre o bom e o ruim. A PBE consiste na aplicação da melhor evidência disponível sobre uma questão clínica específica. Um ponto de vista de grande importância da PBE é a busca da melhor evidência disponível. Para a busca dessa evidência os profissionais da saúde podem utilizar cinco tipos de fontes de informações que são: livros, periódicos, bases de dados, fontes específicas e a Internet (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Essa classificação de evidências leva em consideração a abordagem metodológica do estudo, o delineamento de pesquisa empregado e o seu rigor permitindo a inclusão com abordagem metodológica qualitativa que são muito desenvolvidos na enfermagem (STETLER *et al.*, 1998).

Para a aplicação da PBE é imprescindível que o enfermeiro tenha habilidade para obter, interpretar e integrar as evidências encontradas com os dados clínicos e preferências do paciente para a tomada de decisões na assistência de enfermagem. No movimento da PBE faz-se necessário a produção de métodos de revisão de literatura que permitirão a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

### **Referencial Metodológico: Metassíntese**

A metodologia para revisão de literatura é uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obter resultados de pesquisas de outros autores para fundamentar teoricamente um determinado tema (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Para o desenvolvimento de estudos de revisão pode ser usada a revisão sistemática.

A revisão sistemática é planejada para responder a uma pergunta específica e apresenta métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos. Utiliza métodos também para coletar e analisar os dados dos estudos incluídos na revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). É um método de pesquisa desenvolvido para se obter subsídios para a PBE. É uma metodologia rigorosa proposta para: identificação dos estudos sobre o tema proposto por métodos explícitos e sistematizados de busca e avaliação da validade e qualidade desses estudos. Cada um desses passos é planejado no protocolo da revisão sistemática para minimizar o viés e proporcionar qualidade à metodologia. Os procedimentos devem ser registrados para possibilitar a reprodução e conferência por outros pesquisadores, tornando-a uma metodologia consistente para embasar a PBE (GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011).

Segundo Guanilo, Takahashi e Bertolozzi (2011), a abordagem da revisão sistemática pode ser quantitativa ou qualitativa dependendo do objetivo e pergunta da pesquisa. A abordagem quantitativa tem como objetivo responder a perguntas relacionadas à avaliação das intervenções em saúde. A abordagem qualitativa permite ao pesquisador entender ou interpretar questões de cunho social, emocional, cultural, comportamental ou de vivência que ocorram no âmbito do cuidado em saúde ou na sociedade, além de proporcionar a proposição de novas teorias. É evidente a importância das duas abordagens da revisão sistemática para responder aos mais diferentes problemas de saúde pública e sustentar intervenções políticas como recomenda a Organização Mundial de Saúde. O objetivo das revisões sistemáticas é disponibilizar evidências científicas aos governantes e aos profissionais de saúde, em todos os níveis do cuidado em saúde.

As investigações qualitativas têm crescido em número, como outro modo de produção de conhecimento capaz de responder à necessidade de se compreender em profundidade alguns fenômenos da prática de enfermagem, suprimindo vazios deixados pela pesquisa positivista e seus métodos de coleta e análise de dados, sendo uma referência para investigar contextos e realidades distintas (QUEIROZ *et al.*, 2007). Busca explorar como as pessoas dão sentido ao mundo que as cerca, quem são elas, e como elas apresentam isto é, respondem aos outros (MINAYO, 2006).

Na pesquisa qualitativa, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos). O que essas representam, dá molde à vida das pessoas. Os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005).

A quantidade das pesquisas qualitativas vem crescendo, e, portanto, levando à mesma problemática já enfrentada pelos pesquisadores e consumidores de pesquisa quantitativa, ou seja, o acúmulo de informações, porém dispersas, fazendo com que os resultados dos estudos qualitativos produzam pouco impacto na prática, incluindo, a subutilização na formulação das políticas públicas de saúde (MATHEUS, 2009). Esse fato sustenta a importância da realização de estudos de revisão tendo como amostra estudos qualitativos.

A revisão qualitativa é representada por metassíntese, metaestudo, metaetnografia e *grounded theory*. Sintetiza os achados de estudos primários. Embora seja complexo sintetizar as evidências sobre múltiplos aspectos que incluem a revisão qualitativa essa metodologia apresenta grande potencial para a criação de novos estudos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Outros autores também incluem na categoria de revisão qualitativa a síntese narrativa, a síntese temática e a meta-agregação (GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011).

As questões referentes à percepção do enfermeiro frente ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos com morte encefálica encontram-se nas pesquisas qualitativas, por isso, optou-se para o desenvolvimento desse estudo pelo tratamento e apresentação dos dados por meio da metassíntese. Esta consiste na análise e síntese dos resultados de cada pesquisa e na realização de inferências derivadas da análise dos dados como um todo, de forma que o resultado final seja fiel à interpretação feita pelos autores de cada um dos estudos. A escolha da metassíntese justifica-se por esta permitir reunir o conteúdo disponível nas pesquisas qualitativas sobre determinado tema, ajudando a compreendê-lo e a ampliar o conhecimento a respeito, sem desconsiderar a complexidade metodológica e o contexto dos pesquisadores de cada estudo primário (LOPES, FRACOLLI, 2008).

A metassíntese originou-se da sociologia e pode ser definida como modalidade de estudo qualitativo que utiliza dados de achados de outros estudos qualitativos relativos ao mesmo tema ou de temas correlacionados. Os resultados são novas interpretações que englobam e destilam os significados dos estudos que constituíram a amostra (LOPES, FRACOLLI, 2008).

A metassíntese é a interpretação dos dados primários encontrados pelos pesquisadores dos estudos que compõem a amostra do estudo. O que relaciona as pesquisas, os participantes e os pesquisadores dos estudos primários é o fato de participarem do mesmo fenômeno estudado.

Em 1998, a Fundação Cochrane estabeleceu o *Qualitative Research Methods Working Group* pela necessidade de desenvolver melhores abordagens para a revisão de estudos qualitativos. Vários estudiosos de pesquisa qualitativa em saúde participaram como membros ou consultores. O intuito foi oferecer suporte metodológico à inclusão de dados qualitativos em revisões sistemáticas (LOPES; FRACOLLI, 2008). Deste movimento foram criados vários centros de cooperação internacional, hoje são em torno de dez, dos quais podem ser citados o *Sandbar digital Library Project America* e o *Joanna Briggs Institute Royal Adelaide Hospital* (PEARSON *et al.*, 2007).

Para a elaboração da metassíntese a *UK Cochrane Centre Oxford* estabelece seis etapas, descritas a seguir (FRANCIS-BALDESARI, 2006).

1. Identificar o interesse intelectual e qual o objetivo da pesquisa. O objetivo é o primeiro passo para fazer uma revisão sistemática e decorre da questão que vai nortear o estudo, sendo necessário, por isso, que seja bem específica. Já, o interesse intelectual fundamenta-se na relevância e na necessidade de integrar os dados dispersos sobre determinado tema.
2. Decidir o que é relevante aos interesses e, conseqüentemente, os critérios iniciais de inclusão dos estudos. Para isso, o pesquisador desenvolve uma exaustiva coleta de dados. É exaustiva, porque dela depende a validade da metassíntese. Decidir o que é relevante requer uma sub etapa de avaliação individual de cada estudo.
3. A leitura dos estudos - nessa fase, os estudos precisam ser lidos e relidos para analisar as metáforas e as interpretações relevantes, elaborando resumos de forma a tornar os resultados mais acessíveis e organizados para o revisor/pesquisador.
4. Determinar como os estudos estão relacionados - ao justapor os resultados dos estudos primários pode ser feita a suposição inicial sobre o relacionamento entre estudos.
5. Elaborar novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, mas que preservem o contexto do qual surgiram.
6. Elaborar a nova explicação de forma que seja equivalente a todos os estudos pesquisados.

A avaliação sistematizada da metodologia de pesquisas qualitativas é realizada por meio do instrumento *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* recomendado por pesquisadores da PBE (GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011).

Esse instrumento (ANEXO) indica as diretrizes para avaliação da qualidade das pesquisas. São consideradas dez questões que irão investigar a natureza metodológica do estudo: 1) objetivo claro e justificado; 2) desenho metodológico é apropriado aos objetivos; 3) os procedimentos metodológicos são apresentados e discutidos; 4) seleção da amostra intencional; 5) coleta de dados descrita, instrumentos explicitados, processo de saturação; 6)



relação entre pesquisador e pesquisado é considerada; 7) cuidados éticos; 8) análise densa e fundamentada; 9) resultados apresentados e discutidos apontam para o aspecto da credibilidade, fazem uso da triangulação; 10) discorrem sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações.

Após a avaliação do CASP, de acordo com o risco de viés, o estudo é classificado como categoria A quando atende a pelo menos nove dos itens propostos e significa que têm baixo risco de viés ou categoria B quando atende a pelo menos cinco dos itens listados e apresenta risco de viés moderado.

A metassíntese qualitativa tem o potencial de ampliar o alcance dos resultados advindos da percepção, visão, vivência, sentimentos e experiência dos sujeitos. Pode contribuir destacando os achados predominantes na produção científica selecionada, auxiliar nas decisões políticas, gerenciais e assistenciais em saúde, mais especificamente na enfermagem. Tem relevância para dar visibilidade à produção científica das pesquisas realizadas por enfermeiros. Pode também ser uma ferramenta para ampliação do conhecimento relativo a um determinado tema. Pela grande quantidade de pesquisas qualitativas na enfermagem com aspectos importantes do ofício do cuidado é uma ferramenta para aperfeiçoar a metodologia e validá-la (LOPES; FRACOLLI, 2008).

## 5. PERCURSO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento desse estudo foram percorridas as etapas propostas pelo *UK Cochrane Centre Oxford*, nesse item serão descritas a Etapa 1, a Etapa 2 e a Etapa 3. As etapas 4 (identificação de como os estudos estão relacionados), 5 (elaboração de novas afirmações) e 6 (elaboração de nova explicação de forma que seja equivalente a todos os estudos pesquisados) serão apresentadas no item “Resultados” dessa pesquisa.

### **Etapa 1: Identificação do interesse intelectual e objetivo da pesquisa**

Esse estudo busca elucidar questão da percepção do enfermeiro sobre a manutenção do potencial doador de órgãos, partindo do princípio que conteúdo referente à doação e ao transplante de órgãos e tecidos não é garantido na grade curricular do Curso de Graduação de Enfermagem das diversas faculdades e universidades do Brasil, por isso, foi estabelecida a seguinte questão norteadora dessa pesquisa: qual é a percepção do enfermeiro frente ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos com morte encefálica?

A partir da questão norteadora iniciou-se a busca e a seleção de produções bibliográficas que possam elucidar tal questionamento. A busca eletrônica foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que promove o desenvolvimento de uma rede de fontes de informação científica e técnica com acesso universal na internet. As bases de dados utilizadas foram: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Para a pesquisa nas bases de dados foram utilizados descritores *controlados*, conhecidos como "títulos de assuntos médicos" ou "descritores de assunto", utilizados para indexação de artigos nas bases de dados (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Os descritores foram extraídos da Base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que possuem vocabulário estruturado trilingue (inglês, espanhol, português). Foram utilizados os descritores “Enfermagem”, “Morte Encefálica” e “Transplantes”, apresentados a seguir nos idiomas inglês, espanhol e português e a respectiva definição em português.

- *Nursing* (*Enfermería* / Enfermagem): usado com doenças para cuidados de enfermagem e técnicas próprias de conduta. Inclui o papel da enfermagem nos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e preventivos.

- *Brain Death (Muerte Encefálica / Morte Encefálica)*: estado de cessação prolongada irreversível de toda atividade encefálica, incluindo diminuição da função do tronco encefálico inferior, com ausência completa de movimentos voluntários, respostas a estímulos, reflexos do tronco encefálico e respiração espontânea. As afecções reversíveis que mimetizam este estado clínico (ex., superdosagem sedativa, hipotermia, etc.) são excluídas antes de ser determinada a morte encefálica.

- *Transplantation (Trasplantes / Transplantes)*: órgãos, tecidos ou células tirados do corpo para serem enxertados em outra área do mesmo corpo ou em outro indivíduo. Outros sinônimos em português são “Transplantes de Células”, “Enxertos”, “Enxertos de Órgãos”, “Transplantes de Órgãos”, “Enxertos de Tecidos”, “Transplantes de Tecidos”.

Para a busca bibliográfica foram utilizados os descritores junto com os operadores booleanos representados pelos termos conectores AND, OR e NOT. Esses permitem realizar combinações dos descritores utilizados na busca. AND permite uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação excludente (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Também se fez uso do recurso \$, que trunca o final de cada palavra. É útil para buscar os radicais das palavras (BIREME, 2009).

## **Etapa 2: Estabelecimento de critérios para inclusão dos estudos/ amostragem ou busca na literatura**

Para a inclusão dos estudos na amostra considerou-se pesquisa qualitativa sem restrição do referencial metodológico, mas que atendessem os seguintes critérios: amostra do estudo primário fosse composta por profissionais de saúde ou somente enfermeiros brasileiros, e cujo resultado da pesquisa discorresse sobre a percepção desse profissional sobre a manutenção do potencial doador de órgãos com ME.

Outros critérios de inclusão considerados foram as publicações em português, inglês e espanhol, com data de 2002 a 2012, disponíveis via *on-line* ou em bases de dados que pudessem ser obtidos por meio do Serviço de Comutação da Biblioteca J. Baeta Viana. Esse último critério fez-se necessário pelo fato da pesquisa não contar com financiamento e ter tempo estabelecido para sua finalização.

A estratégia de busca utilizada nas bases com as respectivas publicações identificadas e selecionadas estão descritas no QUADRO 1.

QUADRO 1  
Estratégias de busca e seleção de publicações nas diversas bases. Belo Horizonte, 2013

Estratégia de Busca	Base de Dados	Publicações Identificadas	Artigos Selecionados
("Morte Encefálica" OR "Muerte Encefálica" OR "Brain Death") AND (enferm\$ OR nurs\$).	BDENF	75	2
	LILACS	39	0
	SCIELO	27	0
("Morte Encefálica" OR "Muerte Encefálica" OR "Brain Death") AND transplan\$	BDENF	54	0
	LILACS	65	0
	SCIELO	49	0
("morte encefálica" OR "muerte encefálica" OR "brain death") AND ("enfermagem" OR "nursing" OR "enfermería") AND transplan\$.	BDENF	36	0
	LILACS	10	0
	SCIELO	12	0
<b>TOTAL</b>			<b>2</b>

As bases de dados foram acessadas por meio da BVS e para identificação das publicações utilizou-se três estratégias de busca. As publicações identificadas foram submetidas à leitura do título e resumo, quando presente, por um avaliador considerando os critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Na primeira estratégia empregaram-se os descritores *Brain Death* e *Nurssing* e identificou-se um total de 141 publicações distribuídas na BDENF (75), LILACS (39) e SCIELO (27). Desse total, duas publicações atenderam os critérios de inclusão.

Na segunda estratégia empregaram-se os descritores *Brain Death* e *Transplantation*, resultando na identificação de 168 publicações considerando BDENF (54), LILACS (65) e SCIELO (49). Destaca-se que nenhuma atendeu os critérios de inclusão.

A terceira estratégia de busca contou com os descritores *Brain Death*, *Nurssing* e *Transplantation*, e identificou o total de 58 publicações considerando as três bases de dados, BDENF (36), LILACS (10) e SCIELO (12). Dessas publicações, nenhuma foi selecionada por não atender os critérios de inclusão.

Considerando o resultado das estratégias de busca, muitas publicações se repetiram nas três buscas e os artigos excluídos não se adequavam aos critérios de inclusão propostos pelo estudo. Com as buscas foram encontrados 367 artigos no total. Após a leitura dos resumos seis artigos foram lidos na íntegra. Desses, dois eram estudos de revisão de literatura e dois tinham abordagem quantitativa, não atendendo os critérios de inclusão, portanto foram selecionados dois artigos para comporem a amostra da presente metassíntese. Esses dois foram analisados e a descrição é apresentada nos resultados.

### **Etapa 3: Leitura e análise dos estudos**

Nessa etapa são definidas quais informações serão extraídas dos estudos selecionados. Deve ser utilizado um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. O revisor deve organizar e sumarizar as informações de forma concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Essa etapa é a coleta de dados em uma pesquisa convencional. O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso dos resultados e fortalecer as conclusões geradas pela revisão realizada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os dois artigos selecionados foram submetidos à leitura na íntegra para extração de dados e preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE) que contemplou os seguintes itens: em relação ao artigo (título, ano, volume, número, idioma, tipo de publicação e classificação do estudo), ao pesquisador (número, profissão e qualificação do autor principal), e ao estudo (local da pesquisa, identificação da amostra, referencial teórico, características dos sujeitos da pesquisa, método empregado para a coleta de dados, resultados e conclusão). Também foram avaliadas as respostas sobre as percepções do enfermeiro frente ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos com morte encefálica.

A análise da qualidade dos artigos da amostra foi realizada de acordo com os critérios de qualidade preconizados pelo formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP).

## 6. RESULTADOS

Os estudos da amostra foram codificados em E1 e E2, iniciando da referência mais antiga. Os resultados foram organizados em caracterização dos artigos, incluindo informações sobre os autores, sobre a amostra estudada, características metodológicas e categorias referentes ao tema pesquisado.

No QUADRO 2 é apresentada a caracterização dos periódicos e dos dois estudos que compuseram a amostra.

### QUADRO 2

Caracterização dos periódicos de publicação dos estudos da amostra. Belo Horizonte, 2013.

Código do estudo	Base de Dados	Ano de publicação	Volume	Número	Título do Periódico	Região de realização do estudo
E1	BDEFN	2010	04	01	Rev Enferm. UFPE online	Goiânia
E2	BDEFN e SCIELO	2012	16	04	Esc Anna Nery	Nordeste

Os dois estudos da amostra estavam na base de dados BDEFN, sendo que o E2 também estava disponível na SCIELO. Ambos eram publicações no idioma português, presentes em periódicos da área de enfermagem, com data de 2010 e 2012. Destaca-se que não foram identificadas publicações a respeito do tema da pesquisa no período de 2002 a 2009.

O estudo E1 foi realizado em instituição do Estado de Goiás e o E2 na região do nordeste, contudo, os autores desse estudo não explicitaram o estado no qual a pesquisa foi realizada.

Os dados referentes ao título e autoria da publicação encontram-se no QUADRO 3.

## QUADRO 3

Caracterização da autoria dos estudos da amostra. Belo Horizonte, 2013

<b>Código do Estudo</b>	<b>Título do Estudo</b>	<b>Nome do primeiro autor</b>	<b>Profissão do 1º autor</b>	<b>Titulação do 1º autor</b>	<b>Experiência em doação/transplante de órgãos</b>
<b>E1</b>	A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos	-Amorim VCD -Avelar TABA -Brandão GMON	Discente de enfermagem	Acadêmico do Curso de Enfermagem	Não informado
<b>E2</b>	Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica	-Pestana AL - Erdmann AL -Sousa FGM	Enfermeira	Mestre Doutoranda	Não informado

Os estudos são pesquisas sobre a realidade brasileira e foram escritos por enfermeiros e acadêmicos de enfermagem. O E1 foi escrito por uma enfermeira e dois acadêmicos de enfermagem com o título “*A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos*”. O E2 é de autoria de três enfermeiras, sendo uma mestre e doutoranda em enfermagem e duas doutoras em enfermagem. Essa publicação tem o título de “*Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica*”.

As pesquisas foram realizadas em instituições hospitalares, sendo uma em um Hospital Universitário (E2) e a outra em hospital referência em atendimento de Urgência e Emergência em uma cidade do Estado de Goiás (E1). Destaca-se que nenhum autor tinha especialização na área de doação e transplante de órgãos e tecido e também não foi possível identificar se trabalhavam em algum serviço dessa área.

As características das pesquisas dos estudos estão no QUADRO 4.

## QUADRO 4

Características do estudo, amostra e método e enfoque teórico. Belo Horizonte, 2013

CÓDIGO DO ESTUDO	OBJETIVO	AMOSTRA					COLETA DE DADOS	ENFOQUE TEÓRICO
		Profissionais	No de participantes	Local de trabalho	Idade	Tempo no setor		
E1	<p>-Desvelar a assistência de enfermagem frente aos cuidados dispensados ao paciente em Morte Encefálica, potencial doador de múltiplos órgãos em um hospital do Estado de Goiás.</p> <p>-Descrever os cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao potencial doador de múltiplos órgãos;</p> <p>-Identificar as principais dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem no manuseio do paciente em Morte Encefálica;</p> <p>-Comparar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem com os cuidados preconizados segundo a literatura.</p>	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem	34 -5 enfermeiros -29 técnicos e auxiliares	Unidades de terapia intensiva, unidades de cuidados intermediários e unidade de emergência	Acima de 18 anos	Mais de 03 meses	Entrevista semi-estruturada	Análise de conteúdo/análise de Bardin
E2	-Desvelar a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica	Enfermeiros	12 -Grupo 1: 04 -Grupo 2: 04 -Grupo 3: 04	<p>-Grupo 1: UTI</p> <p>-Grupo 2: captação de órgãos e transplante</p> <p>-Grupo 3: haviam trabalhado na UTI antes da implantação do serviço de transplante</p>	Grupo 1: de 24 a 39 anos -Grupo 2: de 25 a 49 anos -Grupo 3: sem informação	Grupo 1: de 1 a 7 anos -Grupo 2: de 6 meses a 19 anos -Grupo 3: sem informação	Entrevista aberta	<i>Grounded Theory</i> ou Teoria Fundamentada nos Dados



O estudo E1 foi desenvolvido para responder quatro objetivos, sendo que o primeiro era semelhante ao único objetivo do E2. Os objetivos semelhantes eram: “*Desvelar a assistência de enfermagem frente aos cuidados dispensados ao paciente em Morte Encefálica, potencial doador de múltiplos órgãos em um hospital do Estado de Goiás*” (E1) e “*Desvelar a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica*” (E2). Portanto, tratam diretamente da assistência de enfermagem ao paciente em ME, potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. O quadro a seguir demonstra alguns dos dados descritos.

Para alcançar os objetivos a amostra contou com enfermeiros, cujo número variou de 05 a 12. Destaca-se que o E1, além de enfermeiros, contou com outros técnicos e auxiliares de enfermagem, perfazendo amostra de 34 profissionais o E2 os doze enfermeiros estavam distribuídos em três grupos de quatro enfermeiros cada, conforme a experiência proporcionada pelo local de trabalho.

Os profissionais da amostra de ambos os estudos trabalhavam ou haviam trabalhado nas Unidades de terapia intensiva, unidades de cuidados intermediários e unidade de emergência. Destaca-se que no E2, quatro enfermeiros trabalhavam no serviço de captação de órgãos e transplante.

Todos os participantes tinham mais de 18 anos e mais de três meses de experiência no local de trabalho, conforme explicitado nos critérios inclusão. Apenas o E2, que contou com três grupos como amostra, detalhou a idade e tempo de experiência dos participantes de dois grupos. A idade variou de 24 a 39 anos (Grupo 1) e de 25 a 49 anos (Grupo 2). A experiência dos participantes no local de trabalho variou de 1 a 7 anos (Grupo 1) e de 6 meses a 19 anos (Grupo 2). Em ambos os grupos é destacada a experiência na unidade de terapia intensiva.

Para a coleta de dados os autores usaram a entrevista, semi estruturada (E1) ou aberta (E2). Os dados foram gravados e analisados com enfoque teórico na Análise de conteúdo – análise de Bardin (E1) e *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (E2).

Em ambos os estudos foi possível estabelecer categorias de análise. As categorias referentes à percepção do enfermeiro sobre o processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos com morte encefálica são apresentadas no QUADRO 5.

**QUADRO 5**  
 Categoria de análises interpretativas dos estudos da amostra. Belo Horizonte, 2013.

<b>Código do Estudo</b>	<b>Resultados/categorias de análise interpretativa</b>	<b>Dificuldades frente ao atendimento</b>	<b>Estratégias para enfrentamento das dificuldades</b>	<b>Classificação CASP</b>
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecimento insatisfatório sobre o conceito e fisiopatologia da ME;</li> <li>-Demora no diagnóstico de ME;</li> <li>-Cuidados dispensados ao paciente em ME são comuns aos outros pacientes;</li> <li>-A equipe desconhece ou realiza de forma inadequada os cuidados específicos ao paciente em ME, sendo os mais citados: aquecimento corporal e preservação ocular;</li> <li>-Cuidados mais citados: banho, aspiração de secreções, curativos, hidratação cutânea, higiene oral, medicações, balanço hídrico, manutenção de temperatura corporal, controle de infusões, sinais vitais, exame físico, hidratação venosa, infusão de volumes e punção venosa;</li> <li>-Equipe prioriza o paciente que tenha prognóstico de recuperação;</li> <li>-Alguns integrantes da equipe cuidam do paciente em ME visando a doação de órgãos;</li> <li>-Cuidado é humanizado, mas não otimiza a viabilidade dos órgãos para transplante;</li> <li>-Cuidados essenciais para a manutenção adequada dos órgãos são negligenciados pela equipe médica e de enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lidar com a família do paciente em ME;</li> <li>-Falta de conhecimento científico e teórico-prático pela equipe de enfermagem;</li> <li>-Falta de material, equipamentos, medicamentos e de pessoal;</li> <li>-Falta de informação, treinamentos e protocolos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-obtenção de materiais</li> <li>-contratação de mais funcionários</li> <li>- realização de treinamentos e implantação de rotinas.</li> </ul>	<b>B</b>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-O processo de cuidado ao paciente em ME é caracterizado por desordem e incertezas;</li> <li>-Existem dúvidas e confusão entre os enfermeiros se o paciente em ME está realmente morto;</li> <li>-O cuidar do paciente em ME envolve a dimensão técnico-científica (habilidades, protocolos e tecnologias) e humanas (valorizar, acolher e apoiar a família do paciente);</li> <li>-Mudança na concepção do paciente em ME que anteriormente não demandava muitos cuidados e na atualidade com a doação de órgãos demanda;</li> <li>-O cuidado ao ser em ME exige trabalho em equipe e boa comunicação entre a equipe da UTI e do serviço de captação de órgãos e transplante. Além de cooperação entre a equipe multiprofissional: mudança de decúbito, manutenção da dieta enteral, antibioticoterapia/drogas e infusão de hemoderivados;</li> <li>-O enfermeiro cuida do paciente em ME na perspectiva de gerar vida por meio da doação dos órgãos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuidar do paciente em ME gera tristeza na equipe de enfermagem;</li> <li>-Reações geradas no cuidado do paciente em ME: estresse, sofrimento, choro e sensação de sufoco;</li> <li>-Quando o paciente em ME é potencial doador e o processo é interrompido ou quando faltam recursos para a assistência os sentimentos são decepção e frustração.</li> </ul>	Não abordado	<b>A</b>

Ambos os estudos foram submetidos à avaliação CASP e foram classificados na categoria A (E2), atendendo nove dos dez itens propostos, significando que tem baixo risco de viés e na categoria B (E1), porque atendeu a cinco itens, apresentando risco de viés moderado.

No E1, os sujeitos participantes da pesquisa não demonstraram conhecimento satisfatório sobre o conceito e a fisiopatologia da ME. Relataram que há demora no diagnóstico de ME e dificuldades em lidar com a família do paciente em ME. No E2 identificou-se que o processo de cuidado ao ser em ME é caracterizado por desordem e incertezas, mostrando ainda que existe dúvida e confusão entre os enfermeiros se o paciente em ME está realmente morto.

O E1 revelou que os cuidados prestados ao potencial doador de órgãos e tecidos são comuns aos outros pacientes, como punção venosa, banho no leito, aspiração de secreções, curativos, hidratação cutânea, higiene oral, medicações, balanço hídrico, manutenção da temperatura corporal, controle de infusões, sinais vitais, exame físico, hidratação venosa, manutenção da função renal por meio de infusão de volume. Mas a equipe desconhece ou realiza de forma inadequada os cuidados ao potencial doador de órgãos e tecidos que são primordiais para que haja sucesso na efetivação da doação. Os cuidados específicos ao paciente em ME relatados pelos participantes da pesquisa foram: aquecimento corporal a fim evitar hipotermia e a preservação ocular respectivamente, mas não foram realizados da forma adequada.

Ainda no E1 identificou-se que alguns cuidados essenciais para a adequada manutenção fisiológica dos órgãos do paciente em ME para doação são negligenciados tanto pela equipe médica como pela equipe de enfermagem: mudança de decúbito, manutenção da dieta enteral, antibioticoterapia/drogas e infusão de hemoderivados. Nesse mesmo estudo identificou-se que falta conhecimento científico e teórico-prático pela equipe de enfermagem, além de informação, treinamentos e protocolos. Faltam também material, equipamentos, medicamentos e pessoal no setor de serviço. Alguns integrantes da equipe cuidam do paciente em ME visando a doação de órgãos e outros prestam assistência por ser um ser humano e se preocupam mais com um paciente que tenha prognóstico de recuperação. Ficou claro que o cuidado prestado é humanizado, porém não são priorizados os cuidados necessários para viabilizar maior número de doações. Ao final dessa pesquisa os participantes sugeriram: obtenção de materiais, contratação de mais funcionários, realização de treinamentos e implantação de rotinas.

No E2 identificou-se que o cuidar do paciente em ME envolve a dimensão técnico-científica (habilidades, protocolos e tecnologias empregadas no cuidado) e humana (valorizar,

acolher e apoiar a família do paciente em ME) e que o enfermeiro cuida do paciente em ME na perspectiva de gerar vida por meio da doação dos órgãos. Muitos participantes demonstraram que cuidar do paciente em ME desperta tristeza na equipe de enfermagem por saber que ele é irrecuperável. Quando o paciente em ME é potencial doador e o processo é interrompido ou quando faltam recursos para promover o cuidado, os sentimentos da equipe são frustração e decepção. Outras reações apresentadas pelos enfermeiros ao cuidar do paciente em ME foram: estresse, sofrimento, choro e sufoco por ter suas emoções sufocadas no ambiente de trabalho. Os participantes identificaram que cuidar do paciente em ME exige trabalho em equipe da Unidade de Terapia Intensiva e do serviço de captação de órgãos e transplantes, cooperação, integração da equipe multiprofissional e boa comunicação. Identificaram ainda que houve mudança na concepção do paciente em ME que não demandava muitos cuidados e na atualidade, por ser um potencial doador de órgãos, exige cuidados.

## 7. DISCUSSÃO

A ME é um tema de difícil aceitação e compreensão pelos profissionais de enfermagem, ainda que isso seja uma questão cultural. O conceito de ME como morte definitiva é amplamente aceito no mundo e não foi modificado desde que foi utilizado pela primeira vez. Os critérios para sua constatação é que foram alterados com o tempo e ainda provocam debates. O entendimento desse conceito e do que acontece fisiologicamente na ME é essencial para a equipe de saúde.

O conhecimento sobre a fisiopatologia da ME é essencial para o profissional que presta cuidados ao paciente que apresente esse quadro. O paciente em ME é instável e necessita de intervenções rápidas quando alguma alteração é identificada. Os dados dessa metassíntese revelaram que o conhecimento sobre a fisiopatologia da ME entre os participantes da pesquisa é insatisfatório.

A demora no diagnóstico da ME, resultado encontrado nessa metassíntese, é outro indício da falta de conhecimento acerca da fisiopatologia da ME. Somente quando se tem conhecimento de determinado quadro clínico se é possível iniciar um diagnóstico. O enfermeiro permanece mais tempo em contato com o paciente e se detivesse esse conhecimento poderia auxiliar nesse processo de identificação da instalação de ME.

É importante que o enfermeiro seja preparado para identificar o paciente em ME, potencial doador de órgãos e tecidos. Dessa forma sendo capaz de realizar os cuidados para sua manutenção, possibilitando a doação de órgãos e tecidos viáveis para transplante. Sendo que para o médico e o enfermeiro esse preparo deve começar na graduação, considerando que são os profissionais responsáveis por dar início ao processo de doação de órgãos.

Fato importante constado nessa metassíntese foi o despreparo dos acadêmicos de enfermagem e medicina em relação ao conceito e fisiopatologia da ME. O conhecimento acadêmico sobre esse tema é importante tanto pelo ponto de vista didático e curricular como para apresentar o processo de doação de órgãos aos estudantes. É um campo de trabalho pouco abordado na academia. A morte de uma forma geral ainda representa um tabu nas academias e culturalmente. O estudo de Guelber *et al.* (2011) verificou que o profissional termina o curso de graduação despreparado para lidar com a morte, aprendendo a lidar com ela no cotidiano profissional quando algum paciente vai a óbito. Saber lidar com a morte é importante na vivência do cuidado ao ser em ME, pois se o profissional se sente despreparado não consegue prestar o cuidado a esse paciente de forma satisfatória. Uma vez que esse cuidado não foi eficiente pode inviabilizar os órgãos para doação.

Na metassíntese identificou-se que o profissional apresenta dificuldades em lidar com a família do paciente decorrente de falta de conhecimento. Esses achados são corroborados pelo estudo de Maia e Amorim (2009) realizado com acadêmicos de enfermagem e medicina. Os resultados revelaram que esses alunos possuíam conhecimento insuficiente em relação à fisiologia e fisiopatologia da ME. Os autores concluíram que são oferecidas poucas disciplinas capazes de fornecer conhecimento adequado para que esses futuros profissionais da saúde tenham conhecimento e habilidade para atuar de forma eficaz no processo de doação e na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. Essa falha pode ser trabalhada em projetos político-pedagógico dos cursos de graduação.

A metassíntese também revelou que o enfermeiro apresenta dúvida sobre a real morte do paciente com ME. Esse fato pode ter relação com as dificuldades dos profissionais de lidarem com a morte do paciente e a própria finitude. A dificuldade do profissional em lidar com a morte pode ter relação com a sua formação acadêmica. Esse fato foi constatado na pesquisa que teve o objetivo de investigar o preparo dos acadêmicos de enfermagem frente à morte. Utilizou-se entrevista semi-estruturada com acadêmicos de Enfermagem do sexto e sétimo semestres de uma instituição de ensino superior. Os resultados revelaram dificuldades dos acadêmicos de enfermagem em lidar com o processo morte-morrer dos pacientes assistidos em estágio; a dificuldade de lidar com os sentimentos de ansiedade, culpa e impotência gerados pela experiência; a fuga do contato com os familiares, através de cuidados eminentemente técnicos e burocráticos e o desconhecimento das fases psicológicas da morte. Os autores concluíram que os acadêmicos de enfermagem não estão preparados para vivenciar o processo morte-morrer de seus futuros clientes devido às poucas oportunidades de discutir o tema na graduação (BERNIERI, HIRDES, 2007).

Outros dados identificados na metassíntese foram o desconhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados específicos a serem prestados ao potencial doador de órgãos e o processo de cuidado caracterizado por desordem e incertezas. Essas fragilidades foram encontradas também no estudo de revisão integrativa realizado para caracterizar as publicações do Brasil do período de 2000 a 2007 sobre dificuldades no processo de doação de órgãos. Essa pesquisa identificou o desconhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a doação de órgãos no Brasil, incluindo até o manuseio dos órgãos e tecidos para o transplante (DE MATTIA *et al.* 2010). E no estudo de Fonseca, Costa e Nogueira (2011) foram identificadas falhas em relação ao registro da assistência de enfermagem nos cuidados ao potencial doador de órgãos e tecidos.

O estudo de Agnolo *et al.* (2010) reforça que a equipe multiprofissional de terapia intensiva, que inclui a enfermagem, necessita conhecer todos os aspectos da ME para tratar o potencial doador da forma adequada. Os cuidados dispensados ao paciente em ME pela equipe multiprofissional devem ser continuados e direcionados para a adequada manutenção dos órgãos. Mantendo-os de forma a permanecerem viáveis para serem transplantados. Para que essa assistência especializada seja prestada, o enfermeiro deve dominar as situações clínicas decorrentes da ME, sendo um diferencial necessário para o sucesso do processo de doação.

Maia e Amorim (2009) afirmam que na atualidade, as instituições hospitalares dispõem de recursos tecnológicos para proporcionar a manutenção do paciente em ME. Para que essa manutenção seja realizada de forma eficiente é necessário que os profissionais responsáveis pelo cuidado a esse paciente sejam treinados e qualificados. É indispensável para a equipe de enfermagem conhecer a fisiopatologia e as repercussões clínicas da ME. Essa qualificação é necessária inclusive para identificação desse potencial doador para que o mesmo seja notificado ao setor (CIHDOTT) ou órgão responsável (CNCDO) pelo processo de doação de órgãos.

Para que haja contribuição para o sucesso dos resultados dos transplantes e diminuição do número de pacientes em lista de espera é necessária a conscientização dos profissionais de saúde. Esses autores sugerem que a participação desses profissionais é importante no momento do diagnóstico de ME, na notificação de potenciais doadores e também nos cuidados na manutenção do potencial doador. A equipe de enfermagem tem papel fundamental no registro de procedimentos realizados para contribuir para a continuidade da assistência prestada aos potenciais doadores de órgãos para transplante.

Ao enfermeiro compete o acompanhamento intensivo desse paciente, o estudo de Guelber *et al.* (2011) ressalta a necessidade da preparação do mesmo em relação ao conhecimento das repercussões que o paciente em ME pode apresentar para garantir a manutenção adequada dos órgãos para transplante e também para ser preparado para lidar com a família desse paciente. Lidar com a família do ser em ME foi uma das dificuldades levantadas pelo estudo E2.

Estudo realizado por Carvalho *et al.* (2011) constatou a complexidade dos eventos fisiopatológicos que estão presentes na ME, desafiando as equipes envolvidas no cuidado a esse paciente a manter a viabilidade dos órgãos para transplantes através de sua adequada manutenção. Ficou evidente a importância do enfermeiro no processo do cuidado ao paciente em ME por ser esse profissional quem primeiro reconhece os sinais apresentados pelo

paciente por estar próximo a ele por mais tempo. Detectou-se a escassez de estudos que caracterizem mais precisamente o cuidado de enfermagem ao potencial doador de órgãos, isso tem uma importância especial quando se considera que a manutenção inadequada é uma das principais causas de perda de potenciais doadores. É essencial que os enfermeiros que atuam em setores que cuidam desses pacientes tenham o conhecimento para identificar os sinais de ME, auxiliar no processo de diagnóstico para participar de forma ativa na minimização das complicações e manutenção da viabilidade dos órgãos. Faz-se necessário desenvolvimento de estudos e pesquisas que auxiliem o enfermeiro na elaboração de protocolos assistenciais, fundamentados em evidências clínicas para aperfeiçoar o cuidado a esses pacientes.

Segundo o estudo de Freire *et al.* (2012), muitos fatores contribuem para a não efetivação da doação de órgãos para transplantes, dentre eles estão as alterações fisiológicas ocasionadas pela ME. É importante que esses eventos sejam detectados e tratados, antes que ocorra a parada cardíaca, uma das principais causas de não efetivação da doação de órgãos e primeira causa detectada no estudo. Alterações fisiológicas identificadas foram: hipotensão arterial (100%), caracterizada por pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg ou pressão arterial média inferior a 65 mmHg; hipotermia (75%), temperatura inferior a 35°C; hipernatremia (62,5%), sódio sérico superior a 150 mE/L; *diabetes insipidus* (37,5%), débito urinário acima de 4 ml/Kg/h; hiperglicemia (32,3%), glicemia superior a 299 mg/dl; infecção (25%), infecções diagnosticadas por meio de culturas positivas de material biológico e alterações nas radiografias de tórax, descritas no prontuários; hipertensão arterial (9,4%), pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e diastólica superior a 90 mmHg e úlcera de córnea (3,1%), lesão de córnea diagnosticada e registrada no prontuário pelo médico. O conhecimento dessas alterações possibilita à equipe de saúde saber como lidar com o potencial doador e prevenir consequências para a melhor manutenção dos órgãos e tecidos para transplante.

Nessa metassíntese, a questão dos cuidados prestados aos pacientes em ME serem comuns a todos os demais pacientes foi desvelada como um complicador na prestação de assistência ao paciente com ME, inclusive o fato de um paciente com prognóstico de recuperação ser mais bem assistido que o paciente em ME. Ressalta-se que paciente em ME apresenta um quadro clínico diferenciado e requer cuidados específicos para manter a viabilidade dos órgãos em caso de transplante. De acordo com o estudo de Agnolo *et al.* (2010), todo paciente grave em unidades de terapia intensiva ou emergência, mesmo após da suspeita de ME, deve ser tratado com a mesma seriedade por toda a equipe. Negligências nesse período podem ocasionar disfunção de órgãos podendo inviabilizá-los em caso de uma



possível doação. O enfermeiro, profissional envolvido diretamente no atendimento ao paciente, deve auxiliar nesse processo de cuidado ao potencial doador de órgãos evitando perda dos mesmos decorrentes das complicações do quadro que se instala pela fisiopatologia da ME, podendo inclusive culminar em parada cardíaca.

O estudo de Guelber *et al.* (2011) mostrou por meio dos depoimentos de seus participantes uma grande preocupação com os cuidados dispensados ao potencial doador de órgãos. Essa preocupação concentra-se na manutenção hemodinâmica com a finalidade de preservar os órgãos para doação. O profissional sente-se motivado a cuidar adequadamente do paciente em ME quando tem clareza que a finalidade é beneficiar várias pessoas por meio da doação de órgãos.

Na metassíntese foi possível identificar sentimentos despertados na equipe de enfermagem que presta cuidados ao paciente em ME. O profissional cita tristeza, estresse, sofrimento, choro e sensação de sufoco. Quando o processo de doação não é finalizado relatam decepção e frustração. De acordo com o estudo de Guelber *et al.* (2011), a carga maior de estresse de se cuidar do paciente em ME é provocado pelo trabalho que ele demanda por ser um paciente instável. A condição de ME do paciente gera estresse, mas não impede a realização de um trabalho de qualidade e humanizado. O cuidado a esse paciente desperta sentimentos de solidariedade e de valor à vida nos cuidadores.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista da assistência de enfermagem prestada ao potencial doador de órgãos e tecidos constatou-se por meio desse estudo que ela ainda é deficiente. Verificou-se que a equipe de enfermagem não possui conhecimento suficiente a respeito dos cuidados específicos necessários a estes pacientes, possui dúvidas com relação à necessidade de cuidados que presta ou não os executa conforme recomendado na literatura. A assistência de enfermagem é muito importante para a efetivação da doação de órgãos e deve se adequar a essa nova realidade onde o paciente em ME demanda cuidados específicos que já são preconizados na literatura.

No campo educacional percebe-se a necessidade de abordagem do tema, tendo como foco o conceito e fisiopatologia da ME. Os profissionais de saúde não podem ter dúvidas em relação a um tema tão polêmico para a sociedade leiga, pois são responsáveis no esclarecimento de dúvidas da mesma. Tal ato, possivelmente, pode aumentar o número de doações de órgãos. A necessidade de preparação teórica da equipe de enfermagem é evidente, portanto treinamentos, cursos, elaboração de rotinas e protocolos de trabalho fazem-se necessários. Recomenda-se que sejam tomadas medidas de educação contínua entre os profissionais de enfermagem, iniciando durante o período acadêmico, conscientizando a importância dos profissionais no processo de doação, com o objetivo de reduzir o tempo nas filas de espera por um transplante de órgão no Brasil.

Apesar do pequeno número de estudos que compuseram a metassíntese, esses apresentam risco de viés baixo a moderado. Esse fato permite que o resultado dessa pesquisa forneça subsídios para avaliações, reflexões e ações relativas a mudanças significativas na gestão de qualidade da assistência prestada ao paciente em ME.

Espera-se que esse estudo possa auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão na prática profissional, o que implicará em melhoria da assistência prestada, além de contribuir para suscitar novos estudos, principalmente realizados por enfermeiros, servindo de ponto de partida para novas investigações.

## REFERÊNCIAS

- AGNOLO, C. M. D. *et al.* Morte encefálica: assistência de enfermagem. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. v.13, nº 1, p. 1258- 1262. jan./mar. 2010.
- AMORIM, V. C. D.; AVELAR, T. A. B. A.; BRANDÃO, G. M. O. DO N. A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos. *Rev. de Enfermagem UFPE on line*. v. 4, n. 1, p. 221-229, jan./mar. 2010.
- BERNIERI J., HIRDES A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto Contexto Enferm*. v. 16, n. 1,p:89-96, 2007.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Tutorial de pesquisa bibliográfica**. BIREME. São Paulo: BIREME, 2009.
- BITENCOURT, A. G. V. *et al.* Avaliação do Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre Morte Encefálica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. v. 19, n. 2, 147-150, abr./jun. 2007.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011.
- CARVALHO, A. Y. C. *et al.* Alterações fisiopatológicas na morte encefálica e os cuidados de enfermagem: uma revisão de literatura. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. v. 14, nº 2, p-1533- 1537, abr./ jun. 2011.
- CICOLO, E. A.; ROZA, B. DE A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v.63, n. 2, mar./abr. 2010.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Qualitative Research Checklist. Disponível em: <<http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP-Qualitative-Research-Checklist-31.05.13.pdf>>. Acesso em: 23 julho 2013.
- DE MATTIA A. L. *et al.* Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura *Revista Centro Universitário São Camilo*. v.4, n. 1, p:66-74, 2010.
- D'IMPERIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. São Paulo, v. 19, n. 1. jan./mar. 2007.
- FONSECA, A. T. A.; COSTA, V. A. S.; NOGUEIRA, E. C. Assistência de Enfermagem ao Potencial Doador de Órgãos e Tecidos: Registros de um Hospital de Sergipe. *J. Bras. Transpl.*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1460-1465, jan./mar. 2011.
- FRANCIS-BALDESARI C. Systematic reviews of qualitative literature. 2006. Acesso em 15/08/2012.Disponível em:[http://www.dcu.ie/cochrane/presentations/FrancisBaldesari\\_06.pdf](http://www.dcu.ie/cochrane/presentations/FrancisBaldesari_06.pdf)

FREIRE, S. G. *et al.* Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro. v. 16, n. 4, out./dez. 2012.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo. v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GUANILO, M. C. D. T. U.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo. v.45, n.5, 2011.

GUELBER, F. A. C. P. *et al.* Cuidando da pessoa co morte encefálica: experiência da equipe de enfermagem. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. v. 14, nº 2, p. 1501-1506, abr./jun. 2011.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.4, p. 771-778. 2008.

MAIA, B. O.; AMORIM, J. S. Morte encefálica: conhecimento da acadêmicos de enfermagem e medicina. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. v. 12, nº 2, p. 1088-1091, abr./jun. 2009.

MATHEUS M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paul Enferm.*, v.22, n. Especial-Nefrologia, p. 543-5. 2009.

MATTIA, A. L. DE. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Centro Universitário São Camilo*. v. 4, p. 66-74. 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MENDONÇA, A. S.; CASTRO, D. C.; BRASILEIRO, M. E.. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. *Revista eletrônica de enfermagem do centro de estudos de enfermagem e nutrição*. v. 1, n. 1, p. 1-15, jan./jul. 2010.

MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.

NASCIMENTO, E.; OLIVEIRA, R. A. F. DE. In: WALTER ANTÔNIO PEREIRA. Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Belo Horizonte: Copyright, 2012, p. 63-84.

NETO; Y. C. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. Recife, v. 10. dez. 2010.

PAULINO, L. A. F.; TEIXEIRA, S. L. DA C. Ética em transplantes. *Rev. Med. Minas Gerais*. v. 19, n.3, p.264-268. 2009.

PEARSON A, FIELD J, JORDAN Z. Evidence-based clinical practice in nursing and health care: assimilating research, experience and expertise. Oxford: Blackwell; 2007.

PEDROLO, E. *et al.* A Prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 14, n. 4, 760-763, out./dez. 2009.

PESTANA, A. L.; ERDMANN, A. L.; SOUSA, FRANCISCA G. M. DE. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez. 2012.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UERJ*, v.15, n.2, p. 276- 283, 2007.

RECH, T. H.; FILHO, E. M. R. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Ver. Bras. Ter. Intensiva*, v. 19, n. 2, p. 197-204, abr./jun. 2007.

SALLUM, A. M. C.; ROSSATO, L. M.; SILVA, S. F. DA. Morte encefálica em crianças: subsídios para a prática clínica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 600-604. mai./jun. 2011.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C.; A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Lat-Am. Enferm.*, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007.

SCHIRMER, J. *et al.* Legislação sobre doação de órgãos e tecidos: o que pensam os profissionais de UTI? *J. Bras. Transpl.*, v. 9, p. 469-473. 2006.

SILVA, J. M. DA *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes renais em Hospital Universitário e o conhecimento sobre uso das drogas imunossupressoras. *J. Bras. Transp.*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1456-1459, jan./mar. 2011.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl. Nurs. Res.*, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 507-14, 2005.

WESTPHAL, G. A. *et al.* Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. v. 23, n 3, p. 255-268. 2011.

## ANEXO

**Critical Appraisal Skills Programme (CASP)**

<p><b>1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa?</b>  <b>Considerar:</b>  Qual o objetivo da pesquisa  Por que é importante  Sua relevância</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim  2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>2. A metodologia qualitativa é apropriada?</b>  <b>Considerar:</b>  Se a pesquisa procura interpretar ou iluminar as ações e/ou experiências subjetivas dos participantes da pesquisa.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim  2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>Vale a pena continuar?</b></p>	
<p><b>3. O modelo da pesquisa foi apropriado para alcançar os objetivos da pesquisa?</b>  <b>Considerar</b>  Se o pesquisador tem justificado o modelo da pesquisa (ex: discutiu como eles decidiram, quais métodos usar?)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim  2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>4. A estratégia de recrutamento (seleção) foi apropriada para os objetivos da pesquisa?</b>  <b>Considerar:</b>  Se o pesquisador explicou como os participantes foram selecionados  Se eles explicaram por que os participantes que eles selecionaram foram os mais apropriados para prover acesso ao tipo de conhecimento procurado pelo estudo  Se há discussões sobre o recrutamento (seleção) (ex: por que algumas pessoas não querem tomar parte)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim  2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>5. A informação coletada foi de uma maneira que alcançasse o assunto da pesquisa?</b>  <b>Considerar:</b>  Se o local da coleta da informação foi justificada  Se está claro como a informação foi coletada (ex: grupo focal, entrevista semi-estruturada etc.)  Se o pesquisador justificou os métodos escolhidos  Se o pesquisador tem feito os métodos explícitos (ex: para o método da entrevista, há uma indicação de como as entrevistas foram conduzidas, eles usaram um guia tema?)  Se os métodos foram modificados durante o estudo. Se a resposta for sim, o pesquisador explicou como e por quê?  Se a forma dos dados está clara (ex: gravações, material de vídeo, anotações etc.)  Se o pesquisador tem discutido a saturação dos dados.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim  2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>6. O relacionamento entre pesquisadores e participantes tem sido considerado adequadamente?</b>  <b>Considerar se está claro:</b>  Se o pesquisador examinou criticamente seu próprio papel, potencial e influência durante: * formulação das perguntas de pesquisa; * coleta de dados, incluindo amostra de seleção e local da escolha  Como o pesquisador respondeu aos eventos durante o estudo e se eles consideraram as implicações de alguma mudança no modelo de pesquisa</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim  2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>7. Os temas éticos têm sido levados em consideração?</b>  <b>Considerar:</b>  Se há detalhes suficientes de como a pesquisa foi explicada aos participantes para o leitor acessar se os padrões éticos foram mantidos  Se o pesquisador tem discutido temas que surgidos pelo estudo (ex: temas sobre o consentimento informado ou confidencialidade ou como eles têm lidado com os efeitos do estudo nos participantes durante e depois do estudo)  Se a aprovação foi solicitada ao Comitê de Ética</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim  2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>8. A análise dos dados foi suficientemente rigorosa?</b>  <b>Considerar:</b>  Se há uma análise profunda do processo de análise  Se a análise temática é usada. Caso sim, está claro como as categorias/temas foram obtidas dos dados?  Se o pesquisador explica como os dados apresentados foram selecionados da amostra original para demonstrar o processo de análise  Se dados suficientes são apresentados para apoiar os achados  Até que extensão os dados contraditórios foram levados em conta</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim  2 <input type="checkbox"/> Não</p>

Se o pesquisador examinou criticamente seu papel, potencial e influência durante a análise e seleção dos dados para a apresentação	
<p><b>9. Há uma clara declaração dos achados?</b></p> <p><b>Considerar:</b>  Se os achados são explícitos  Se há discussão adequada da evidência no que diz respeito aos argumentos do pesquisador a favor e contra  Se o pesquisador tem discutido a credibilidade de seus achados (ex: triangulação, validação respondente, mais de um analista)  Se os achados são discutidos em relação às perguntas da pesquisa original</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> <b>Sim</b>  2 <input type="checkbox"/> <b>Não</b></p>
<p><b>10. Quanto valiosa é a pesquisa?</b></p> <p><b>Considerar:</b>  Se o pesquisador discute a contribuição que o estudo faz para o conhecimento existente ou compreensão (ex: eles consideram os achados em relação à prática atual ou política, ou em relação à relevância dessa pesquisa-base na literatura?)  Se eles identificam novas áreas onde a pesquisa é necessária  Se os pesquisadores têm discutido se ou como os achados podem ser transferidos para outras populações ou considerados outras maneiras pela qual a pesquisa pode ser usada</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> <b>Sim</b>  2 <input type="checkbox"/> <b>Não</b></p>
<p><b>Resultado da avaliação: categoria</b>  A = atendeu pelo menos nove dos dez itens propostos  B = atendeu pelo menos cinco dos dez itens propostos</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>A</b>  <input type="checkbox"/> <b>B</b></p>

**Fonte:** [CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME \(CASP\) Qualitative Research Checklist 31.05.13.](http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP-Qualitative-Research-Checklist-31.05.13.pdf)  
(<http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP-Qualitative-Research-Checklist-31.05.13.pdf>)

## APÊNDICE

## Instrumento de Coleta de Dados

## Publicação

<b>Código do Artigo</b>	
<b>Base de dados</b>	1 <input type="checkbox"/> BDENF      2 <input type="checkbox"/> LILACS      3 <input type="checkbox"/> SCIELO
<b>Título do periódico</b>	
<b>Ano de publicação</b>	
<b>Título do artigo</b>	
<b>Idioma</b>	1 <input type="checkbox"/> Inglês      2 <input type="checkbox"/> Espanhol      3 <input type="checkbox"/> Português
<b>Número de autores da pesquisa</b>	1 <input type="checkbox"/> 01 Autor    2 <input type="checkbox"/> 02 Autores    3 <input type="checkbox"/> 03 Autores    4 <input type="checkbox"/> 04 Autores    5 <input type="checkbox"/> mais de 04 Autores
<b>Nome dos autores</b>	
<b>Profissão do primeiro autor</b>	1 <input type="checkbox"/> Enfermeiro    2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro Espec. na área de transplante    3 <input type="checkbox"/> Psicólogo 4 <input type="checkbox"/> Assistente social    5 <input type="checkbox"/> Outro: _____    6 <input type="checkbox"/> Não informado
<b>Titulação do primeiro autor</b>	1 <input type="checkbox"/> Graduando    2 <input type="checkbox"/> Especialista    3 <input type="checkbox"/> Mestre    4 <input type="checkbox"/> Doutor    5 <input type="checkbox"/> Pós-doutor 6 <input type="checkbox"/> Não informado
<b>Um dos autores trabalha no serviço de doação ou transplante de órgãos e tecidos</b>	1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não informado
<b>Região do Brasil onde foi realizada a pesquisa</b>	

## Pesquisa

<b>Cenário da pesquisa</b>	
<b>Objetivo(s)</b>	
<b>Caracterização dos participantes</b>	<b>Número de participantes:</b>
	<b>Profissionais:</b> 1 <input type="checkbox"/> Somente Enfermeiro    2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem 3 <input type="checkbox"/> Profissionais da área de saúde, incluindo enfermeiros
	<b>Sexo:</b> 1 <input type="checkbox"/> Homens    2 <input type="checkbox"/> Mulheres    3 <input type="checkbox"/> Ambos os sexos
	<b>Idade dos participantes:</b>
	<b>Tempo de trabalho no serviço onde foi realizada a pesquisa:</b>
<b>Coleta de dados</b>	1 <input type="checkbox"/> entrevista aberta    2 <input type="checkbox"/> Entrevista semi- estruturada    3 <input type="checkbox"/> Oficinas 4 <input type="checkbox"/> Grupo focal    5 <input type="checkbox"/> Dinâmica de grupo    6 <input type="checkbox"/> Outro _____
<b>Enfoque teórico</b>	1 <input type="checkbox"/> Representações Sociais (Moscovici)    2 <input type="checkbox"/> Etnografia    3 <input type="checkbox"/> Fenomenologia (Schutz) 4 <input type="checkbox"/> Fenomenologia (Merleau Ponty)    5 <input type="checkbox"/> Fenomenologia (Heidegger)    6 <input type="checkbox"/> Outro: _____
<b>Resultados/categorias de análise interpretativa</b>	
<b>Dificuldades frente ao atendimento ao potencial doador de órgãos</b>	
<b>Proposta para enfrentamento das dificuldades</b>	
<b>Nível de Qualidade do estudo conforme CASP</b>	1 <input type="checkbox"/> A      2 <input type="checkbox"/> B