

NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA EM DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

BRAIN DEATH NOTIFICATION AND ORGAN DONATION

NOTIFICACIÓN DE MUERTE CEREBRAL EN DONACIÓN DE ÓRGANOS

Alessandra Rodrigues das Neves¹

Eliane Duarte²

Ana Lúcia De Mattia³

RESUMO

Neste estudo analisa-se o conhecimento dos profissionais enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a respeito do processo de doação de órgãos diante de um caso de morte encefálica (ME), bem como a participação efetiva dos enfermeiros na notificação de morte encefálica e outros procedimentos relacionados à manutenção de potencial doador em transplante de órgãos. Foi realizada uma pesquisa quantitativa, descritiva, comparativa, com delineamento não experimental e análise de frequência relativa e absoluta dos dados. A coleta de dados foi realizada em duas instituições hospitalares da cidade de Santos, sendo uma da rede filantrópica e outra da rede privada. A amostra foi constituída por 31 enfermeiros que trabalham nas UTIs das instituições em estudo, sendo 19 enfermeiros da rede filantrópica e 12 enfermeiros da rede privada. A maioria desses profissionais (78%) era do sexo feminino, com idade entre 23 e 33 anos (61%); (50%) com curso de especialização na instituição filantrópica; (100%) com curso de especialização ou em fase de conclusão na instituição privada, sendo a metade em sua área de atuação (UTI); (52,6%) dos enfermeiros com seis a nove anos de trabalho na instituição filantrópica, enquanto na instituição privada possuíam menos de um ano de trabalho. No que se refere à ME, os enfermeiros, na sua maioria, admitiram conhecer o critério e raramente fazem notificação de ME. Negaram, ainda, conhecer a legislação sobre o assunto, raramente notificam um potencial doador ao Sistema Nacional de Transplantes e nem mesmo souberam relatar como proceder. Também não conseguiram descrever o teor do protocolo sobre doação de órgãos na instituição em que trabalham. Concluiu-se que existe um despreparo do profissional enfermeiro nas UTIs estudadas no que se refere à manutenção do potencial doador e outros procedimentos adiante da morte encefálica. Destaca-se a importância de investimentos na qualificação dos profissionais de saúde para os procedimentos adequados na captação de órgãos adiante da morte encefálica de potenciais doadores.

Palavras-chave: Notificação; Morte Encefálica; Transplante de Órgão; Seleção de Doador; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the knowledge of Intensive Care Unit (ICU) nurses about organ donation when the donor presents encephalic death. The study is quantitative, descriptive, comparative and non-experimental. Data were collected in a philanthropic Hospital and in a private Hospital, and analyzed using proportional and absolute frequencies. Sample was composed by 31 ICU nurses, 19 from the philanthropic Hospital, and 12 from the private. The majority of the sample were female (78%) and ranging from 23 to 33 years of age. Half of the nurses in the philanthropic Hospital was specialized, compared to 100% in the private Hospital. Approximately 53% of the nurses had work experience ranging from six to nine years in the philanthropic hospital, and less than one year in the private hospital. Most of the nurses mentioned knowing the criteria to consider an encephalic death but rarely notifying the death, lacking knowledge on the related legislation and even on the necessary procedures to notify the National Transplantation System about a potential donor. When asked about the Donation Protocol of their Hospital, they were not able to inform the content. Results showed that the nurses in those ICUs were not adequately prepared for procedures related to encephalic death and maintenance of a potential donor. The study emphasizes the importance of preparing health staff to adequately proceed concerning organ donation when a patient presents encephalic death.

Key words: Notice; Donor Selection; Organ Transplantation; Intensive Care Units; Brain Death; Nursing; Nursing Research.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar el conocimiento de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) enfermeras sobre la donación de órganos cuando el donante presenta muerte encefálica. El estudio es cuantitativo, descriptivo, comparativo y no experimental. Los datos fueron recolectados en un Hospital y filantrópicas en un hospital privado, y analizados mediante el proporcional y absoluta frecuencias. Muestra estuvo constituida por 31 enfermeras de UCI, 19 desde el Hospital filantrópico, y el 12 de la privada. La mayoría de la muestra eran mujeres (78%) y que van desde 23 a 33 años de edad. La mitad de las enfermeras en el Hospital se filantrópicas especializados, en comparación con el 100% en el hospital privado. Aproximadamente el 53% de las enfermeras había experiencia de trabajo que van de seis a nueve años en el hospital filantrópico, y menos de un año en el hospital privado. La mayoría de las enfermeras mencionó conocer los criterios para considerar una muerte encefálica, pero rara vez notificar a la muerte, por carecer de conocimientos sobre la legislación relacionada con el e incluso en los procedimientos necesarios para notificar al Sistema Nacional de Trasplantes acerca de un posible donante. Cuando se le preguntó por el Protocolo de Donación de su Hospital, no habían sido capaces de informar el contenido. Los resultados mostraron que las enfermeras de UCI en los que no estaban suficientemente preparados para los procedimientos relacionados con la muerte encefálica y mantenimiento de un potencial donante. El estudio hace hincapié en la importancia de la preparación de personal de salud para proceder adecuadamente en relación con la donación de órganos cuando el paciente presenta muerte encefálica.

Palabras clave: Muerte Encefálica; Notificación; Transplante de Órganos; Unidades de Terapia Intensiva; Selección de Donante; Enfermería; Investigación en Enfermería.

¹ Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Católica de Santos. Santos, São Paulo.

² Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Católica de Santos. Santos, São Paulo.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Santos. Santos, São Paulo.

Endereço para correspondência: rua Godofredo Fraga, 52/23 – Marapé, Santos-SP. CEP 11070-400.

E-mail: almattia@uol.com.br.

INTRODUÇÃO

O tema proposto para esta pesquisa é a doação de órgãos e os aspectos específicos que levam à não-notificação de um potencial doador pelos profissionais enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) em hospitais da Baixada Santista.

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na substituição de um órgão ou tecido, irremediavelmente doente, que compromete a vida de uma pessoa [receptor(a)] por outro órgão ou tecido de outra pessoa chamada doador(a), com órgãos ou tecidos saudáveis. Existem dois tipos de doadores: os vivos e os não vivos, que são aqueles em que é constatada a morte encefálica.¹

Um potencial doador de órgãos é todo paciente cuja terapêutica orientada para o cérebro foi avaliada como ineficaz ou a morte encefálica é iminente ou já ocorreu.²

O avanço e a melhoria na imunologia e técnicas cirúrgicas impulsionaram o transplante de um tratamento experimental em uma terapia de escolha aos pacientes com falências orgânicas.³ O transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa terapêutica e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando a melhoria na qualidade e na perspectiva de vida.⁴

No Brasil, os transplantes de órgãos iniciaram-se na década de 1960, mas, segundo o Ministério da Saúde (MS), em razão da baixa sobrevivência dos pacientes transplantados, esse tipo de tratamento pouco se difundiu.⁵

De 1968 a 1997, a atividade de transplante era pouco regulamentada e desenvolvida com bastante informalidade no que diz respeito à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios de distribuição dos órgãos captados.⁶

O Sistema Nacional de Transplantes, desde sua criação (1997), tem como prioridade evidenciar com transparência todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando, primordialmente, à confiabilidade do sistema e à assistência de qualidade ao cidadão brasileiro. O Brasil possui, hoje, um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1 354 equipes médicas autorizados pelo SNT a realizar transplante, o Sistema Nacional de Transplantes está presente, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes (CNCDOs), em 25 Estados da federação e, em breve, em todas as unidades da federação funcionarão no sistema.

A política nacional de transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação Lei nº 9.434/1997⁶ e na Lei nº 10.211/2001⁷, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não-maleficência em relação aos doadores vivos. Estabelece, também, garantias e direitos aos pacientes que necessitam desses procedimentos e regula toda a rede assistencial mediante autorizações e reautorizações de funcionamento de equipes e instituições. A política de transplante está em sintonia com o funcionamento

do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa de transplante no Brasil se destaca pelo crescimento no número de transplantes realizados nos últimos anos e pelo investimento público na especialização de equipes habilitadas, hoje superior a 200 e número de transplantes de órgãos sólidos realizados cresceu de 2 127 em 1997 para 3 916 em 2001.¹

A doação de órgãos é regulamentada pela Lei nº 9 434, de 4 de fevereiro de 1997, que reconhece a situação: doação de órgãos e tecidos de doador falecido, que é determinada pela vontade dos familiares até o segundo grau de parentesco, mediante um termo de autorização de doação.⁶

Essa lei ocorreu depois da tentativa frustrada da doação presumida de órgãos, compreendendo que todos os brasileiros seriam potenciais doadores, a não ser que houvesse manifestações formalmente documentadas em vida. A legislação, contudo, procura garantir o respeito às questões éticas que se referem aos direitos do doador.⁶

Em 1991, ocorreu a regulamentação do diagnóstico de morte encefálica (ME), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que definiu a ME como situação irreversível de todas as funções respiratórias e circulatórias ou cessação irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, e que a ME deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.⁸

Em 2005, o ministro da saúde Saraiva Felipe assinou uma portaria que determina que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos, com mais de 80 leitos, devem constituir a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

A CIHDOTT tem como função detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital, pessoas com diagnóstico de morte encefálica, conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM). A determinação do MS tem como objetivo aumentar a notificação de possíveis doadores de órgãos e tecidos com comprovada morte encefálica.⁸ Segundo o MS, morte encefálica é a morte do cérebro, incluindo tronco cerebral que desempenha funções vitais como o controle da respiração. Quando isso ocorre, a parada cardíaca é inevitável. Embora ainda haja batimentos cardíacos, a pessoa com morte cerebral não pode respirar sem os aparelhos e o coração não baterá senão por algumas poucas horas. Por isso, a morte encefálica já caracteriza a morte do indivíduo. Todo o processo pode ser acompanhado por um médico de confiança da família do doador. É fundamental que os órgãos sejam aproveitados para a doação enquanto ainda há circulação sanguínea irrigando-os; ou seja, antes que o coração deixe de bater e os aparelhos não possam mais manter a respiração do paciente. Mas, se o coração parar, só poderão ser doadas as córneas.⁸

O ministro de Estado da Saúde do Brasil, Saraiva Felipe, proferiu em palestra, em 2006:

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo e o segundo em número de intervenções

dessa natureza. Realizamos hoje, através do SUS, 12 mil transplantes por ano, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. O que diferencia os dois países é a ação do poder público. Enquanto nos Estados Unidos apenas 20% dos transplantes são feitos pelo sistema público, no Brasil 71% deles são realizados através do Sistema Único de Saúde e o governo espera aumentarem significativamente o número de doadores de órgãos. 100% dos transplantes de medula óssea e 99% dos transplantes de órgãos sólidos (coração, rim, pulmão, fígado e pâncreas), os mais caros e de maior complexidade, até mesmo porque exigem maior tempo de internação, são feitos pelo SUS.⁹

Entre os fatores limitantes para a realização de transplantes, pode ser citada a não-notificação pelos profissionais de saúde de pacientes com diagnóstico de morte encefálica às CNCDOs, apesar da sua obrigatoriedade prevista em lei.⁵

É considerado potencial doador o paciente com identificação e registro hospitalar; com a causa do coma estabelecida e conhecida; que não esteja em hipotermia (temperatura do corpo inferior a 35°C), hipotensão arterial ou sob efeitos de drogas depressoras do sistema nervoso central. São necessários dois exames neurológicos que avaliem o estado do tronco cerebral, e esses exames não podem ser realizados por médicos que participem de equipes de captação e de transplante. A morte encefálica deverá ser demonstrada por meio de exame que caracterize a ausência de fluxo sanguíneo em quantidade necessária no cérebro, além de inatividade elétrica e metabólica cerebral.

A morte encefálica diferencia-se do coma. Neste, as células do cérebro estão vivas, respirando e se alimentando, mesmo que com dificuldade ou um pouco debilitadas. Após realizar o diagnóstico, a morte encefálica, o médico do paciente da UTI ou da equipe de captação de órgãos deve informar de forma clara e objetiva que a pessoa está morta e que, nessa situação, os órgãos podem ser doados para transplante.¹ Não podem ser doadores pacientes com insuficiência orgânica que comprometa os órgãos a serem doados ou que sejam portadores de doenças contagiosas transmissíveis por transplante; pessoas com infecções generalizadas e pessoas com tumores malignos (com exceção daqueles restritos ao sistema nervoso central, carcinoma basocelular, câncer de útero e doenças degenerativas crônicas).¹

A identificação de potenciais doadores é feita, principalmente, nos hospitais onde eles estão internados, por meio das Comissões Intra-Hospitalares de Transplante, nas UTIs e emergências em pacientes com o diagnóstico de ME. As funções da coordenação intra-hospitalar baseiam-se em organizar, no âmbito do hospital, o processo de captação de órgãos, articular-se com as equipes médicas do hospital, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e dos Serviços de Urgência e Emergência.¹

Busca-se, por meio dessas ações, identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins

de doação e articular-se com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.

Pesquisa com enfermeiros de UTIs em determinada cidade de São Paulo, sob a coordenação da Organização de Procura de Órgãos (OPO), demonstrou que a não-notificação de PD pelos enfermeiros foi responsável pela média anual de 165 óbitos, cujas famílias poderiam ter feito a doação se fossem informadas. Foram citados nessa pesquisa os dois argumentos usados pelos enfermeiros entrevistados do motivo da não-notificação: o esquecimento e a sobrecarga de trabalho.¹⁰

Presume-se que em caso de morte encefálica de um potencial doador esta não seja notificada ao setor competente por falta de conhecimento dos procedimentos necessários por parte dos profissionais de saúde que estão realizando assistência direta a esse paciente.

No que diz respeito às ações de enfermagem, tomou-se como referência a regulamentação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), na Resolução nº 292/2004, que incumbe ao enfermeiro planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos por meio do seguinte procedimento: notificar às CNCDOs a existência de potencial doador...¹¹

OBJETIVO

Analisar o conhecimento dos profissionais enfermeiros das UTIs da Baixada Santista a respeito da notificação de morte encefálica no processo de doação de órgãos, bem como a participação efetiva dos enfermeiros na notificação de morte encefálica e outros procedimentos relacionados à manutenção de potencial doador em transplante de órgãos.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, comparativo, exploratório, com método quantitativo, com delineamento não experimental e análise de frequência absoluta e relativa dos dados. Optou-se pelo método quantitativo porque é o mais adequado para analisar a frequência com que os profissionais enfermeiros das UTIs notificam um paciente potencial doador às centrais de transplantes e analisar os conhecimentos deles a respeito desse assunto na instituição em que trabalham.

O processo de doação é definido como o conjunto de procedimentos que consegue transformar um potencial doador (PD) em doador efetivo.¹² O potencial doador é o paciente com diagnóstico de ME, no qual tenham sido descartadas as contra-indicações clínicas que representam riscos aos receptores dos órgãos.¹³

O processo de doação pode demorar horas ou dias, o que pode causar estresse e ser traumático à família e, com isso, comprometer desfavoravelmente o número de doações.¹⁴ O processo de doação só é possível quando há o diagnóstico de ME, mediante protocolo a ser seguido a

notificação do PD e a manutenção do potencial doador em estabilidade hemodinâmica e a adoção de outras medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos passíveis de utilização.

Optou-se por realizar o estudo em dois hospitais da cidade de Santos que recebem alunos de graduação em enfermagem. Um dos hospitais é filantrópico e geral, com rede de atendimento mista e possui 700 leitos ativos, sendo o maior complexo hospitalar da cidade de Santos. É um hospital de referência na região, atende a toda Baixada Santista e algumas cidades do interior de São Paulo; mantém um quadro funcional de 2 572 funcionários e dispõe de recursos humanos especializados e recursos tecnológicos avançados. A outra instituição é um hospital geral, com rede de atendimento privada, de médio porte e referência na região da Baixada Santista. Mantém recursos humanos especializados e recursos tecnológicos avançados e atende a várias especialidades clínicas e cirúrgicas.

A amostra foi composta por todos os enfermeiros que atuam nas UTIs dos hospitais selecionados para o estudo e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Parecer nº 30 do Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, em 15/7/2007.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados contendo duas partes: a primeira, com dados de identificação dos sujeitos para estabelecer o perfil dos profissionais, como sexo, idade, tempo de trabalho na instituição e se o profissional possui continuidade de estudos, como especialização; a segunda, com dados referentes ao processo de doação de órgãos: quanto à realização de notificação de morte encefálica às centrais de transplantes; conhecimento de a quem notificar os casos de morte encefálica; conhecimento da legislação em doação de órgãos; conhecimento dos procedimentos de manutenção do potencial doador; conhecimento de algum protocolo de doação de órgãos nas instituições em que trabalham. O formulário foi composto por 11 questões, sendo 9 estruturadas e 2 semi-estruturadas. Os dados foram coletados pelos pesquisadores no segundo semestre de 2007 e a análise dos dados foi feita por meio de frequência absoluta e relativa dos dados no sentido identificarem o perfil de conhecimento e atuação do profissional enfermeiro que atua em UTI na baixada santista diante do potencial doador de órgãos mediante morte encefálica.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 31 enfermeiros em exercício profissional nas UTIs dos dois hospitais selecionados para estudo, sendo 19 do hospital filantrópico e 12 do hospital privado.

No hospital filantrópico, 14 (73,7%) enfermeiros eram do sexo feminino e 5 (26,3%) do sexo masculino e, no

hospital da rede privada, 10 (83,3%) enfermeiros eram do sexo feminino e 2 (16,7%) do sexo masculino. Os dados mostram a prevalência da faixa etária entre 23 e 33 anos para 67% dos enfermeiros.

Observou-se que, praticamente, a metade dos enfermeiros do hospital filantrópico possuía curso de especialização, enquanto todos os enfermeiros do hospital da rede privada ou possuíam, ou estão em processo de conclusão de curso de especialização, sendo 50% com especialização em UTI.

O tempo de trabalho dos enfermeiros nas UTIs das referidas instituições foi considerado um dado relevante no que se refere ao conhecimento e realização dos procedimentos rotineiros dos profissionais dos serviços. Identificou-se que o maior contingente de enfermeiros do hospital filantrópico 52,6% (10) possuía de seis a nove anos de experiência na UTI da instituição, enquanto no hospital privado prevaleceu a maioria 58,3% (7) entre alguns meses e três anos na UTI da instituição e nenhum ainda em treinamento. Pelos dados, pode-se inferir que os enfermeiros dos dois hospitais têm tempo suficiente no serviço para estarem familiarizados com os procedimentos-padrão dos serviços.

À pergunta se conheciam os critérios para definir morte encefálica, apenas 10,5% (2) dos enfermeiros do hospital filantrópico referiram desconhecer esses critérios. A despeito disso, 31,6% (6) dos enfermeiros do hospital filantrópico disseram que fazem *notificação de morte encefálica* pelo menos uma vez por mês, enquanto no hospital privado 16,7% (2) afirmaram que a realizam. O maior percentual de frequência de notificações no hospital filantrópico pode estar relacionado ao fato de este estar diretamente ligado ao OPO na cidade de Santos. Entretanto, presume-se, pelos dados, que a notificação de morte encefálica não esteja fazendo parte do rol de atividades dos enfermeiros dessas UTIs, uma vez que apenas 8 dos 31 enfermeiros participantes afirmaram que realizam o procedimento com mais frequência.

A notificação da morte encefálica é compulsória, mas a realidade é desanimadora, pois a falta de notificação é um dos principais fatores da significativa desproporção entre o número de pacientes na lista de espera e o número de cirurgias realizadas. E é justamente a falta de órgãos humanos o principal fator que limita o aumento dos transplantes no Brasil. Esse fato pode estar relacionado, primariamente, à falta de capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros para reconhecer e acompanhar o PD.

Os enfermeiros que participaram do atual estudo mostraram discordância no que se refere ao órgão ao qual deve ser dirigida a *notificação de morte encefálica*. No hospital filantrópico, embora seja uma instituição ligada à OPO, 3 enfermeiros dos 19 estudados disseram que encaminhariam a notificação ao Instituto Médico Legal (IML), o que se configura um equívoco grosseiro, considerando o tempo em que esses enfermeiros atuam nesse local. No hospital privado, praticamente a maioria dos 12 enfermeiros informou corretamente o destino

da notificação de morte encefálica e apenas um deles afirmou não saber qual o procedimento a seguir.

Em 1997, os transplantes foram, por fim, regulamentados em todo o território nacional, por meio da Lei nº 9 434, e pela Lei nº 2 268¹⁵ foram criados o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o seu órgão central, as CNCDOs para cada Estado brasileiro e os Cadastros Técnicos (lista única) para distribuição dos órgãos e tecidos doados. Foram também destinados recursos financeiros para o pagamento do processo de doação. Essa lei, porém, sofreu algumas alterações pela Lei nº 10 211, em 2001, introduzindo o Registro Nacional de Doadores, que estabeleceu a prioridade dos doadores na realização de necropsia (IML), em casos de morte violenta, devolvendo à família a decisão pela doação (doação consentida) e retornando a obrigatoriedade da autorização judicial para transplantes intervivos não aparentados.

Na maioria dos Estados, o processo de identificação e efetivação dos potenciais doadores corre por conta das CNCDOs. No Estado de São Paulo, o processo foi descentralizado com a criação das OPOs. A partir de 2001, por determinação da Portaria GM/MS nº 905/2000, foram criadas as Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes, as quais, baseadas no modelo espanhol, passaram a ter importante papel no processo de doação-transplante.¹⁶

Dessa forma, o processo de doação de órgãos apresenta a seguinte hierarquia, em nível nacional: o local em que se encontra o potencial doador deverá notificar o CNCDO, e este, por sua vez, notificar o SNT. No Estado de São Paulo, onde esses serviços foram descentralizados,¹ a notificação deverá ocorrer à OPO. Cidades do interior de São Paulo, possuem hospitais notificadores, os quais recebem a notificação e têm a responsabilidade de notificar à OPO a qual está vinculado.

Na cidade de Santos, a notificação de potencial doador deve ser ao hospital vinculado à OPO, a Santa Casa de Misericórdia, ligada à OPO da UNIFESP, na cidade de São Paulo, a qual notifica a CNCDO, que por sua vez notifica a SNT.

Com a regulamentação do transplante de órgãos no País, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn),¹⁷ na Resolução nº 292/2004, resolve, no artigo 1º, que ao enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos, por meio do seguinte procedimento, dentre outros: notificar às CNCDOs a existência de potencial doador.

Atualmente, cerca de 60 mil pessoas aguardam por um órgão na lista de espera do SNT do Ministério. São 548 estabelecimentos de saúde e 1 397 equipes médicas autorizados a realizar transplantes. O SNT está presente, por meio das CNCDOs, em 22 Estados da federação. Além das centrais estaduais, existem 8 unidades regionais localizadas no Paraná e em Minas Gerais. O Estado de São Paulo delegou as tarefas relativas à captação de órgãos a dez hospitais públicos universitários, as OPOs.⁹

Os dados revelaram que dos 31 enfermeiros, 10 não conheciam os procedimentos a adotar na iminência de morte encefálica, distribuídos proporcionalmente entre as duas instituições estudadas.

Esse dado leva a crer que as atividades de enfermagem relacionadas à manutenção de um potencial doador para que ele se torne um doador efetivo possa estar comprometido.

O conhecimento de como é realizada a manutenção de um potencial doador foi o foco do questionamento seguinte, quando foram apresentados os principais procedimentos nesse sentido para que os enfermeiros identificassem os que eles utilizam na prática. Foram apresentados oito parâmetros de avaliação de enfermagem para múltipla escolha: monitoramento cardíaco contínuo; saturação de oxigênio; pressão arterial; pressão venosa central; equilíbrio hidroeletrólítico; equilíbrio ácido-base; débito urinário; temperatura corporal.³

Observou-se, pelos resultados, que os enfermeiros privilegiavam os *procedimentos para a manutenção do potencial doador* em torno de cinco procedimentos, em ambas as instituições, com ênfase no monitoramento cardíaco contínuo, na saturação de oxigênio, na temperatura corporal, no débito urinário e no equilíbrio hidroeletrólítico. É importante ressaltar que esses procedimentos foram os mais citados, mas não necessariamente os que eram realizados por todos os enfermeiros. Alguns citaram também a avaliação do nível de consciência como parâmetro, que pelas condições do paciente não faria sentido compor a listagem de atividades do enfermeiro nesse momento. A média de procedimentos para a manutenção do potencial doador foi de 4,8 por enfermeiro. O objetivo da manutenção do potencial doador é otimizar a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade dos órgãos.

Quanto à *existência de um protocolo de doação de órgãos na instituição* em que trabalham, na instituição filantrópica, que é ligada ao OPO, 18 (95,0%) dos enfermeiros conhecem a existência de um protocolo de doação de órgãos em seu serviço, e na instituição particular um pouco mais que a metade, 8 (66,7%) dos enfermeiros, alegou que conhece tal protocolo no seu serviço. Embora um número expressivo de enfermeiros alegasse conhecer a existência do protocolo de doação em sua instituição, principalmente na instituição filantrópica, a maioria não soube como descrever as fases que incluem esse protocolo e a maioria afirmou não ter procurado saber a respeito dele quanto às suas especificidades.

CONCLUSÃO

Neste estudo, buscou-se analisar o conhecimento dos profissionais enfermeiros das UTIs da Baixada Santista a respeito da notificação de morte encefálica no processo de doação de órgãos e a participação efetiva desses trabalhadores na notificação de morte encefálica e outros procedimentos relacionados à manutenção de um potencial doador em doador efetivo para transplante

de órgãos. Obteve-se como resultado que a maioria dos enfermeiros (31) de UTIs de duas instituições hospitalares da cidade de Santos, participantes do estudo, não identificaram como atividade rotineira do enfermeiro realizar a notificação de morte encefálica, embora, pela legislação, esta seja compulsória. Muitos enfermeiros de ambas as instituições demonstraram desconhecer todos os procedimentos necessários à manutenção viável dos órgãos de um potencial doador, uma vez que em 8 parâmetros mantiveram uma média de 4,7 procedimentos em geral.

A maioria dos enfermeiros afirmou que conhece a legislação sobre transplante de órgãos, mas nenhum soube descrever os procedimentos necessários à viabilização deles.

Embora todos admitissem que na instituição em que trabalham existe um protocolo para doação de órgãos, a maioria afirmou que desconhece o teor dele. Dessa forma, torna-se importante investir no conhecimento e no desenvolvimento de habilidades e competências desses profissionais, principalmente daqueles que atuam em unidades de urgência e emergência ou em terapias intensivas, para que possam identificar um potencial doador, colaborar na identificação de morte encefálica, realizar a notificação na central de transplantes e evitar esforços para manter o potencial doador. São necessários investimentos em pesquisas, qualificação dos profissionais existentes e comprometimento das escolas na formação de futuros profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Sobre transplante/perguntas e respostas sobre doação de órgãos e transplante. [Citado em 2007 mar. 12]. Disponível em: <http://www.abto.org/link>
2. Pereira WA. Manual de transplante de órgãos e tecidos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica Científica; 2000.
3. Alcântara L. Doação de órgão: a lei da vida. Brasília: Senado Federal; 1998.
4. Fregonesi A, Glezer M, Boni R C, Afonso R C, Garcia V D. In: Pereira W A, Fernandes R C, Soler WV. I Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Campos do Jordão-SP: Ipis Gráfica e Editora; 2003. p. 17-30.
5. Brasil. Ministério da Saúde. SAS: Relatório de Gestão Secretaria de Assistência a Saúde: 1998/2001. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 220 p.
6. Brasil. Lei nº 9.434 de fevereiro de 1997. Diário Oficial da União. Brasília; 1997. p. 2191-3.
7. Brasil. Lei nº 10.211. Altera os dispositivos da Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Diário Oficial da União. Brasília, 2001. Edição extra, p. 6.
8. Conselho Federal de Medicina. Critérios do diagnóstico de morte encefálica. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1997.
9. Brasil. Ministro da Saúde. Em defesa do SUS: a situação da saúde no Brasil. Palestra proferida pelo Ministro Saraiva Felipe na cerimônia de abertura do Fórum Saúde e Democracia em Debate. Forte de Copacabana-Rio de Janeiro, em 13 de março de 2006. [Citado em 2008 jun. 4]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>.
10. Morais M, Silva RCMA, Horacio J.ET,AL, As organizações de procura de órgãos (OPOs), análise de sete anos de atividade de uma OPO Brasileira. Arq Ciência Saúde. 2004 out/dez; 11 (4):225-9.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2005.
12. Sadala MLA. Doação de órgãos: a experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores. São Paulo: UNESP; 2004.
13. São Paulo. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenação do Sistema Estadual de Transplantes. Doação de órgãos e tecidos. São Paulo: SES; 2002.
14. Santos MJ, Marssarallo MCKB. Processo de doação de órgãos. Rev Latino-am Enferm. 2005 maio-jun; 13 (3): 382-7.
15. Brasil. Decreto Lei nº 2.268. Regulamenta a Lei nº 9.434 de 4 fev. 1997. Diário Oficial da União. Brasília; 1997. p. 13739.
16. Roza BA. Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005. 146p.
17. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 292. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de órgãos e tecidos. Rio de Janeiro: CoFEn; 7 jun. 2004.

Data de submissão: 8/7/2008

Data de aprovação: 12/8/2008