

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

WILLIAN HENRIQUE QUAGLIO

**COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM SETORES CRÍTICOS
DE ADULTO DO HOSPITAL SÃO PAULO QUANTO
À MORTE ENCEFÁLICA E TRANSPLANTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

SÃO PAULO

2021

WILLIAN HENRIQUE QUAGLIO

**COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM SETORES CRÍTICOS
DE ADULTO DO HOSPITAL SÃO PAULO QUANTO
À MORTE ENCEFÁLICA E TRANSPLANTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

SÃO PAULO

2021

Quaglio, Willian Henrique

Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante/ Willian Henrique Quaglio – São Paulo, 2021.

123 páginas

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: Understanding of Nurses who Work in Adult Critical Sectors of Hospital São Paulo regarding Brain Death and Transplantation

1. Enfermeiros. 2. Compreensão. 3. Morte Encefálica; 4. Emergências. 5. Unidade de Terapia Intensiva. 6. Transplante.

WILLIAN HENRIQUE QUAGLIO

**COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM SETORES CRÍTICOS
DE ADULTO DO HOSPITAL SÃO PAULO QUANTO À MORTE ENCEFÁLICA E
TRANSPLANTE**

**Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde -
CEDESS**

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Coordenador do Programa:

Prof. Dr. Leonardo Carnut

SÃO PAULO

2021

WILLIAN HENRIQUE QUAGLIO
COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM SETORES CRÍTICOS
DE ADULTO DO HOSPITAL SÃO PAULO QUANTO À MORTE ENCEFÁLICA E
TRANSPLANTE

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – UNIFESP, para
obtenção do título de Mestre Profissional
em Ensino em Ciências da Saúde.

Presidente da Banca:

Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde/CEDESS
Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP

Membros Titulares:

Prof. Dr. Marcelo José dos Santos
Escola de Enfermagem/ EE
Universidade de São Paulo/ USP

Prof. Dr. Leonardo Carnut
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde/CEDESS
Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP

Profa. Dra. Ana Lúcia de Moraes Horta
Escola Paulista de Enfermagem – EPE
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Membro Suplente:

Profa. Dra. Karina Dal Sasso Mendes
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP
Universidade de São Paulo/USP

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha amada família:

Minha mãe Ana Cláudia, meu pai Delcídes e minhas avós Albertina e Idalina como forma de agradecimento pelos ensinamentos, amor, carinho, apoio e compreensão e aos meus irmãos Wesley e Wellington pelo companheirismo que me deram durante a nossa infância, e, também, aos irmãos que ganhei ao longo da minha trajetória de vida Bruna e João Victor os quais já fazem parte da minha história.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e por todas as graças recebidas.

À minha orientadora Profa Dra Beatriz Jansen Ferreira pelas oportunidades oferecidas, confiança, críticas construtivas, orientações e ensinamentos que foram essenciais para o meu crescimento profissional.

Aos colegas de turma do Mestrado Profissional – CEDESS 2018 pelas parcerias, discussões e trabalhos realizados durante anos que se estendeu este projeto.

Aos colegas de profissão do Pronto Socorro do Hospital São Paulo pelas valiosas trocas de experiências e que contribuíram para que este estudo acontecesse.

Aos membros da banca examinadora composta pelo Prof Dr Marcelo José Santos, Profa Dra Karina Del Sasso Mendes, Prof Dr Leonardo Carnut e Profa Dra Ana Lúcia de Moraes Horta que contribuíram com sugestões para melhoria deste projeto. Em especial à Profa Karina e ao Prof Marcelo que são minhas inspirações na temática transplante desde à graduação.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado durante toda esta jornada, compartilhando angústias e alegrias, me dando todo o apoio para que eu terminasse este projeto.

Ao CEDESS e ao Hospital São Paulo que permitiram a realização deste estudo.

Este é o termino de uma etapa, de uma caminhada árdua, e para concretização deste sonho, tive que superar vários obstáculos e a contribuição de familiares, amigos e professores foi de fundamental importância para eu atingir este objetivo. Por isso agradeço cada um que de certa forma contribuiu para a realização deste projeto.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	6
------------------	---

AGRADECIMENTOS	6
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE GRÁFICOS.....	14
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS.....	16
RESUMO.....	17
ABSTRACT	18
1 INTRODUÇÃO	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo Geral	43
3.2 Objetivos Específicos	44
4 MÉTODOS	46
4.1 Tipo de Pesquisa.....	46
4.2 Coleta de Dados.....	47
4.3 Local de Estudo.....	49
4.4 População	49
4.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	49
4.6 Procedimentos de Coleta de Dados.....	49
5 RESULTADOS	51
6. DISCUSSÃO	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES.....	110
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
Apêndice B – Carta de Anuência	112
Apêndice C - Dimensões e suas respectivas asserções do instrumento likert sobre “compreensão dos enfermeiros que atuam em setores críticos de adulto do hospital São Paulo quanto à morte encefálica e transplante”. São Paulo, 2020.....	113
Apêndice D – Quadro das dimensões e suas respectivas asserções randomizadas do instrumento likert sobre “compreensão dos enfermeiros que atuam em setores críticos de adulto do Hospital São Paulo quanto à morte encefálica e transplante”. São Paulo, 2020.....	118
APÊNDICE E – Instrumento Likert sobre compreensão dos enfermeiros que atuam em setores críticos de adulto do Hospital São Paulo quanto à morte encefálica e transplante.” São Paulo, 2020.....	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Nova Escala de Glasgow (ECG) 2018.....	30
Tabela 2:	Resultado das correlações das asserções para a primeira e segunda administração da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	54
Tabela 3:	Médias das asserções validadas e não validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	55
Tabela 4:	Resultado da análise de variância, em relação ao Eixo de Análise: Setor de Atuação, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	59
Tabela 5:	Resultado da análise de variância, em relação ao Eixo de Análise: Setor de Atuação sem OPO, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	60
Tabela 6:	Resultado da análise de variância, em relação ao Eixo de Análise: faixa etária, da dissertação, gráfico VII: Médias das asserções validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	61
Tabela 7:	Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: faixa de conclusão da Graduação, da dissertação Gráfico VI: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	62
Tabela 8:	Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: setor de atuação da dissertação Gráfico VI: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	63

Tabela 9:	Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: faixa em anos no setor de atuação da dissertação, Gráfico VI: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	64
Tabela 10:	Resultado da dispersão das asserções validadas da dissertação, Gráfico VI: Médias das asserções validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	65
Tabela 11:	Resultado da confiabilidade das asserções validadas da dissertação, Gráfico VII: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas do teste de apneia.....	32
Quadro 2 - Dimensões e randomização das assertivas.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da conduta após diagnóstico de morte encefálica..... 35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Perfil da População Amostral, quanto à distribuição por setor de atuação no Hospital, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	51
Gráfico 2:	Perfil da População Amostral, quanto à distribuição por faixa etária, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo – SP, 2020.....	52
Gráfico 3:	Perfil da População Amostral, quanto ao ano de formação, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	52
Gráfico 4:	Perfil da População Amostral quanto à distribuição por tempo de atuação no setor no hospital da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	53
Gráfico 5:	Médias das asserções não validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	56
Gráfico 6:	Médias das asserções validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	57
Gráfico 7:	Perfil da População Amostral, quanto à distribuição por setor de atuação no Hospital, da dissertação Gráfico VI: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	67
Gráfico 8:	Perfil da População Amostral quanto à distribuição por faixa etária, da dissertação Gráfico VII: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	68
Gráfico 9:	Perfil da População Amostral, quanto ao ano de formação, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	68

Gráfico 10:	Perfil da População Amostral quanto à distribuição por faixa de ano de conclusão da graduação, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	70
Gráfico 11:	Perfil da População Amostral quanto à distribuição por tempo de atuação no setor no hospital da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	70
Gráfico 12:	Perfil Geral Atitudinal por Dimensão da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	72
Gráfico 13:	Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Diagnóstico de Morte Encefálica (ME) da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	74
Gráfico 14:	Perfil Atitudinal da Dimensão – D2: Diagnóstico de Morte Encefálica (ME) da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	78
Gráfico 15:	Perfil Atitudinal da Dimensão – D3: Diagnóstico de Morte Encefálica (ME) da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	84
Gráfico 16:	Perfil Atitudinal da Dimensão – D4: Diagnóstico de Morte Encefálica (ME) da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.....	92

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CET	Central Estadual de Transplante
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CNCDO	Central de Notificação Captação e Doação de Órgãos
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EEG	Eletroencefalograma
ME	Morte Encefálica
HB	Hemoglobina
HRIM	Hospital Do Rim
HSP	Hospital São Paulo
IOT	Intubação Orotraqueal
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PAM	Pressão Arterial Média
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSA	Pronto Socorro Adulto
RG	Registro Geral
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SUS	Sistema Único de Saúde
TDME	Termo de Declaração de Morte Encefálica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

Atualmente, o transplante de órgãos sólidos e tecidos humanos é uma das opções de tratamento para melhorar a qualidade de vida de pessoas de todas as idades, que apresentam doença crônica irreversível e em seu estágio final, ou seja, o protocolo e manejo da morte encefálica passa a ser uma área de grande atuação do enfermeiro e sua equipe. A equipe de Enfermagem tem um papel de extrema relevância na atuação direta da melhoria da qualidade de vida de pacientes transplantados, porém a literatura aponta que estudantes de Enfermagem não se sentem preparados para atuarem como enfermeiros nessa área em função de uma formação insuficiente em relação a este tema. Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo identificar a compreensão dos enfermeiros do Pronto Socorro Adulto e de Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo sobre morte encefálica e transplante. A pesquisa foi desenvolvida por meio de metodologia quantitativa inserida em um estudo descritivo e exploratório. A coleta de dados deu-se por meio da construção de uma Escala Likert composta por quatro dimensões abarcando 23 asserções que procuraram responder aos objetivos da pesquisa. A referida escala foi submetida a uma validação de conteúdo por meio do uso das equivalências semântica e cultural; a seguir foi randomizada com atribuição de pontos em duas escalas: 1/2/3/4 e 4/3/2/1, gerando três intervalos interpretativos: de 1 ponto a 1,99, onde se identifica uma percepção ruim, demandando correções a curto prazo; de 2 pontos a 2,99 a percepção é razoável, exigindo correções a médio prazo e de 3 pontos a 4 pontos, a percepção é boa, indicando assertividade quanto ao objeto pesquisado. Após a aplicação da escala, a mesma foi submetida ao processo de validação estatística com relação à dispersão e confiabilidade. A população de estudo de 70 pessoas foi composta por enfermeiros que trabalham no Pronto Socorro Adulto e nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo. Como critério de inclusão, foram selecionados os enfermeiros que possuíam experiência maior que seis meses dentro desses setores e foram excluídos os enfermeiros que não presenciaram ou participaram de pelo menos um protocolo de morte encefálica. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o aceite para preenchimento da referida escala. Espera-se evidenciar o conjunto de ações e desafios do corpo de enfermeiros durante o processo de identificação da morte encefálica (ME) como o processo de desenvolvimento da entrevista com familiares do potencial doador e avaliação das dificuldades e manejos desenvolvidos por esses profissionais a fim de qualificar e potencializar a assistência de Enfermagem nesses importantes setores. Os dados encontrados foram positivos sobre a compreensão dos enfermeiros em relação ao cuidado com o potencial doador. Esses achados enriquecem as discussões, pois favorecem o aumento do índice de transplantes no Brasil, devido à boa conservação do órgão para a prática cirúrgica. A compreensão dos enfermeiros que atuam nos setores críticos de adulto do Hospital São Paulo, tais como UTIs e Pronto Socorro, sobre morte encefálica e transplante, foi razoável, tendo em vista que nenhuma dimensão apresentou a classificação abaixo de 1,99, não necessitando de correções em curto prazo.

Descritores: Enfermeiros, Compreensão, Morte Encefálica, Emergências, Unidade de Terapia Intensiva, Transplante.

ABSTRACT

Currently, transplantation of solid organs and human tissues is one of the treatment options to improve the quality of life of people of all ages, who have irreversible chronic disease and in its final stage, that is, the brain death protocol and management it becomes an area of great performance for nurses and their team. The nursing team has an extremely relevant role in direct action to improve the quality of life of transplant patients, however the literature points out that nursing students do not feel prepared to act as nurses in this area due to insufficient training in relation to this topic. Thus, this research aims to identify the understanding of nurses in the Adult Emergency Room and Intensive Care Units of Hospital São Paulo about brain death and transplantation. The research was developed through a quantitative methodology inserted in a descriptive and exploratory study. Data collection took place through the construction of a Likert Scale consisting of 04 dimensions covering 23 assertions that sought to answer the research objectives. This scale was subjected to a content validation using the semantic and cultural equivalences, then it was randomized with points assigned in two scales: 1/2/3/4 and 4/3/2/1 generating three intervals interpretative: from 1 point to 1.99, where a bad perception is identified, demanding short-term corrections; from 2 points to 2.99 the perception is reasonable, requiring corrections in the medium term and from 3 points to 4 points, the perception is good indicating assertiveness regarding the researched object. After applying the scale, it was subjected to the statistical validation process with respect to dispersion and reliability. The study population of 70 people was composed of nurses who work in the Adult Emergency Room and in the Intensive Care Units of Hospital São Paulo. As an inclusion criterion, nurses who had more than six months' experience in these sectors were selected and nurses who did not witness or participated in at least one brain death protocol were excluded. Participants received the Free and Informed Consent Term as well as the acceptance to complete the referred scale. It is expected to highlight the set of actions and challenges of the nursing staff during the process of identifying brain death (BD) as the process of developing the interview with family members of the potential donor and assessing the difficulties and management developed by these professionals in order to qualify and enhance nursing care in these important sectors. The data found were positive about the nurses' understanding of care with the potential donor, enriching the discussions, as they favor the increase in the rate of transplants in Brazil, due to the good conservation of the organ for surgical practice. The understanding of nurses working in the critical adult sectors of Hospital São Paulo, such as ICUs and Emergency Care, about brain death and transplantation was reasonable, considering that no dimension had a rating below 1.99, requiring no corrections to be made short term.

Keywords: Nurses, Comprehension, Brain Death, Emergencies, Intensive Care Units, Transplantation.

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Vários autores têm trabalhado com a temática da morte e as dificuldades que esse enfrentamento causa nos profissionais de saúde; a questão religiosa, dentro deste tema, tem sido indiscutivelmente um espaço de múltiplos desafios. Silva Junior (2011, p. 1123) esclarece que:

A temática da morte e o processo de morrer, intrínseco a ela, residem atualmente no ideário coletivo das sociedades ocidentais, sendo propalados indiscriminadamente por veículos de comunicação de larga natureza. A morte é a notícia mais frequente, destacando-se os casos nos quais o delinear do morrer se sucede em completo anonimato, na solidão, sem cuidados, em substância, sem uma presença amiga que possa propiciar o aconchego de uma relação humana aliada a cuidados embasados em conhecimentos científicos. A morte e o morrer são inerentes à existência humana. As incertezas e a imprevisibilidade que se dispõem em volta do binômio morte-morrer compelem o ser humano a conviver com a sua presença desde o início ao estágio final do seu desenvolvimento.

Silva Junior (2011) nos mostra a gama de sentimentos que o processo de morte pode fazer emergir nas pessoas; entre eles, raiva, tristeza, frustração e negação, os quais nos levam à constatação da complexidade que o tema abarca.

Vale ressaltar que a cultura e a opção religiosa trazem leituras distintas sobre o enfrentamento do tema morte. Tem-se como exemplo o antigo Egito, onde, segundo o sistema de crenças do país, a morte consiste no processo em que a alma se desprende do corpo. Com isso, acredita-se que a morte é estágio de mudança para outra existência, já que o corpo é compreendido como a morada da alma.

Essa perspectiva gera, portanto, grande preocupação na conservação do corpo dos que falecem. Coerentemente com essa crença, foram desenvolvidas variadas técnicas de mumificação capazes de preservar o corpo humano durante anos a fio (MOHR, 2013).

Kardec (2009) aponta que o espiritismo também considera a morte como estágio de mudança de dimensão, descrevendo o corpo humano também como a morada da alma, para que esta possa desenvolver-se por meio de vivências no Planeta Terra e/ou em outras dimensões. Entretanto, segundo a doutrina espírita, podemos reencarnar com a mesma alma em diferentes corpos, pois em planos espirituais, somos espíritos eternos em constante evolução.

Várias perspectivas religiosas trazem, em si, uma forma de análise, de compreensão sobre a morte e, nesse sentido, Stochero et al. (2016, p.219), em uma revisão integrativa da literatura realizada no período que compreendeu de 2001 a 2014, deixam registrado que:

Observa-se a necessidade de fomentar questões que permeiam a morte nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde. Acredita-se que abordar esse assunto no processo formativo trará reflexos positivos para a construção do “ser profissional” comprometido com a assistência crítica, reflexiva e humanística a pacientes em fase terminal e seus familiares, que vivenciam esse processo.

Sadala e Silva (2009, p.223) ressaltam que:

“Cabe destacar que o despreparo enfrentado pelos graduandos de Enfermagem ao lidar com o processo de morrer e morte está diretamente relacionado com: a dificuldade de se desligarem da lógica do curar, pois não conseguem perceber as necessidades dos cuidados paliativos e tem a cura como prioridade bem como a insuficiência curricular, isto é, a carência de discussões sobre a temática durante sua graduação. Além disso, estudos trazem relatos de acadêmicos com visões sobre morte como sinônimo de fracasso ou que, então, agem questionando sua atuação, procurando encontrar.”

Castro et al. (2018, p. 47) explicitam tais dificuldades por meio das falas de dois participantes de sua pesquisa, os quais relataram o sofrimento pela morte, mas também a esperança diante da perspectiva da doação de órgãos para pessoas necessitadas de transplante:

Sentimento fica em conflito, tristeza pela morte, mas fico feliz em saber da possibilidade de ter outras vidas salvas. (ENTREVISTADO 4).

Sentimento dúbio de tristeza pela causa da morte, mas de alegria e esperança pela possibilidade de doação de órgãos para outro paciente. (ENTREVISTADO 26).

A dificuldade em lidar com a morte é maior, quando ela vem de forma inesperada, e pouco caracterizada, o que acontece com o diagnóstico de morte encefálica (ME). A ME é a definição legal de morte, sendo conceituada como a interrupção completa e irreversível de todas as funções cerebrais, mesmo na presença de atividade cardíaca ou de reflexos primitivos. O diagnóstico de ME no Brasil é atualmente baseado na Resolução 2.173 de 23.11.2017 do CFM, que orienta a elaboração de protocolos aprovados pelas Comissões de Ética de cada instituição para esse fim (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2019). O manejo da morte encefálica (ME) com a família indiscutivelmente é um dos aspectos mais difíceis. Fernandes e Komessu (2013, p.251) consideram que:

O cuidado dos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva. É lamentável que o cuidado da família seja tão pouco abordado na maioria dos cursos de graduação da área da saúde. A literatura recente está repleta de evidências de que estratégias voltadas para os familiares, como a melhoria da comunicação, da prevenção de conflitos e do conforto espiritual, para citar algumas, resultam em maior satisfação e percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente na UTI.

Tendo em vista que a Enfermagem está presente desde o nascimento ao término da vida de um ser humano, frente ao diagnóstico de ME, são claros os desafios que essa equipe de trabalho enfrenta quanto aos aspectos religiosos, faixa etária do doador e a interação com a família, pois, para que ocorra o transplante de órgãos sólidos e tecidos humanos, na maioria das vezes o potencial doador deve ser diagnosticado com ME. Além de evitar o possível óbito do receptor, o transplante é também uma das opções de tratamento para melhorar a qualidade de vida de pessoas de todas as idades, que apresentam doença crônica irreversível ou em seu estágio final (MENDES, 2012).

O transplante basicamente é o procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de qualquer pessoa doente crônica (receptor), por outro órgão ou tecido em condições saudáveis de doador vivo ou falecido. Trata-se, portanto, da situação onde ocorre finitude da vida geradora de dor e

tristeza em contraposição à perspectiva de vida para alguém que só tem esta possibilidade terapêutica (ABTO, 2019).

O número de transplantes realizados mundialmente continua crescendo, bem como no Brasil, desde 1964, quando foi efetuado o primeiro transplante de rim. A partir de então, já ocorreram mais de 75.600 transplantes de órgãos sólidos (MENDES, 2012).

No que tange ao transplante renal, em 2018, o Brasil ocupava o segundo lugar, com 5.947 transplantes realizados, ficando atrás somente dos Estados Unidos da América com o total de 22.309 transplantes renais (ABTO, 2019).

O processo de doação de órgãos no Brasil está pautado pelo Sistema Nacional de Lista Única de Espera, inserido nas ações do Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a equidade no acesso a essa modalidade de tratamento. De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes, cerca de 32.066 pessoas aguardam por transplante de órgãos (ABTO, 2019).

Para que ocorra o transplante de doador falecido, o receptor deve receber os órgãos do potencial doador e, para que estes sejam doados, o potencial doador deve ser diagnosticado com morte encefálica. Qualquer cidadão em condições de doença crônica, por meio de diagnóstico médico, pode cadastrar-se para ser receptor. A fila para transplantes no SUS para cada órgão ou tecido é única, e o atendimento é por ordem de chegada, considerados critérios técnicos, de urgência e geográficos específicos para cada órgão, de acordo com a Portaria n. 91/GM/MS, de 23 de janeiro de 2001.

O potencial doador, geralmente, está presente em unidade de cuidados críticos, como a Sala de Emergência/Pronto Socorro e as Unidades de Terapia Intensiva. Assim, a identificação mais breve de um potencial doador, evidentemente, contribui na tratativa com a família e na agilização do processo de captação de órgãos. A questão do tempo é de grande relevância, entre outros aspectos, para o sucesso do transplante. Para garantir a efetividade da doação de

órgãos, é fundamental a adequada manutenção e preservação hemodinâmica e fisiológica dos órgãos do início ao fim do processo. Para isso, são necessários materiais e equipamentos especializados, bem como profissionais capacitados na identificação e controle de todas as alterações apresentadas pelo paciente, ressaltando-se ainda a importância do preparo da equipe para agir, quando for necessária uma rápida intervenção (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Um dos problemas frequentemente encontrados no processo de doação é a conservação por vezes imprópria e ineficaz, geralmente em decorrência da utilização de terapêuticas clínicas inadequadas, captação e manutenção da baixa qualidade dos órgãos que serão transplantados (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Nesse sentido, é fundamental destacar a necessidade de presença da equipe de Enfermagem durante 24 horas ao lado do paciente, atuando diretamente na melhoria da qualidade de vida de pacientes pré e pós-transplantados. No caso do transplante renal, a Enfermagem está presente desde o atendimento ambulatorial até o hospitalar, realizando consultas, orientação sobre a administração de medicamentos com base na prescrição médica, acompanhando procedimentos de maior complexidade, como os de hemodiálise (MENDES, 2012).

No paciente pós-transplante renal, a Enfermagem atua orientando sobre a higiene da ferida operatória, sobre o uso da cinta pós-cirurgia, esclarecendo dúvidas sobre os imunossupressores de que o paciente fará uso, fazendo com que o paciente fique assistido mesmo após a elaboração do transplante. Suas consultas são agendadas, de modo que seja acompanhado pela equipe de Enfermagem durante toda a vida (MENDES, 2012).

Assim, é fundamental que os enfermeiros envolvidos no transplante examinem continuamente sua prática profissional, qualificando-se de forma permanente na busca de melhorar a assistência de Enfermagem ofertada a essa clientela (MENDES, 2012).

Entretanto, no panorama brasileiro, vê-se que poucas instituições de Ensino Superior proporcionam formação para enfermeiros na área de transplante. Em São Paulo, podemos citar apenas duas instituições que oferecem pós-graduação na área de transplante: o Hospital Israelita Albert Einstein, que disponibiliza uma especialização e a UNIFESP, que disponibiliza uma residência multiprofissional sobre Transplante e Captação de Órgãos.

Os cursos de Enfermagem no Brasil devem incluir, durante a graduação, temas relacionados ao processo de doação e transplante em seus conteúdos programáticos de disciplinas relacionadas à Enfermagem médico-cirúrgica ou ética e bioética. Vale destacar que outros espaços institucionais, como as ligas estudantis, contribuem com esse processo formativo profissional, mas ainda, de forma insuficiente (SILVA, 2007).

Como embasamento, Silva (2007) nos traz que 63% dos entrevistados responderam não terem tido aula sobre o tema doação de órgãos e, quando questionados sobre morte encefálica, 64% a definiram incorretamente, 19% definiram de modo incompleto e apenas 17% conceituaram corretamente a ME. Esses dados vão ao encontro dos achados em estudo de Mendes (2012) e Moraes (2008), que demonstraram preocupação com o preparo dos futuros enfermeiros que, possivelmente, atuarão nesta área.

Silva (2007) complementa ainda, em sua pesquisa, que 92% dos entrevistados desconheciam a existência da Organização de Procura de Órgãos (OPO). A OPO tem como objetivo o exercício de atividades de identificação, manutenção e captação de potenciais doadores para fins de transplantes de órgãos e tecidos no âmbito de sua atuação. Também atua na divulgação da política de transplantes de modo a conscientizar progressivamente a comunidade sobre sua importância, interagindo permanentemente com as áreas com potenciais de doação e equipes de transplantes. O profissional da OPO faz avaliação das condições clínicas do possível doador, bem como da viabilidade dos órgãos a serem extraídos e entrevista parentes do potencial doador na busca de consentimento familiar (MORAES; MASSAROLO, 2008).

Assim, podemos interpretar que, apesar da implementação de mudanças curriculares no sentido de aprofundar a formação neste campo, ainda se observa grande contingente de profissionais despreparados e alunos que, ao final do curso, declaram-se incapazes e imaturos para o enfrentamento da morte e diante do processo de captação de órgãos (KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006).

É importante considerar o avanço da situação epidêmica de violência no nosso País, que, com frequência, determina a morte dos envolvidos; portanto, discutir a preparação do enfermeiro para o enfrentamento da morte e da captação de órgãos passa a ser uma competência profissional de enorme importância.

Passaremos à discussão da revisão de literatura que nos traz subsídios de achados em relação ao manejo da morte pelos enfermeiros à luz da ética, da cultura, religiosidade e manejo com a família, bem como a normatização vigente no nosso País para a captação de órgãos por meio de uma assistência de Enfermagem integral e qualificada.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Normatização Brasileira Para Doação De Órgãos E Transplante

2.1.1 Definição de morte encefálica

As primeiras definições de morte encefálica vieram posteriormente às descrições dos franceses de Mollaret e Goulon, os quais trouxeram situações clínicas sobre o comprometimento das funções cerebrais que foram publicadas em 1959. O primeiro conjunto de critérios de ME foi publicado por Schwab em 1963, incluindo: ausência de respiração espontânea por 30 minutos, ausência de reflexos tendíneos de qualquer natureza, ausência de reflexos pupilares, ausência de reflexo óculo-cardíaco e 30 minutos de eletroencefalograma (EEG) isoeletrico. Em 1968, foram publicados os critérios do Harvard Medical School ad hoc Committee to Examine the Definition of Brain Death, uma comissão criada com o objetivo de estabelecer o coma irreversível como um novo critério de morte (CORREA NETO, 2010).

A ME é a constatação irremediável e irreversível da lesão nervosa e significa morte clínica, legal e social. Em razão dos dilemas éticos para a definição do que é um corpo vivo que surgiram (coração pulsando ou ausência de atividade cerebral), critérios clínicos e tecnológicos para a constatação de ME foram definidos no Brasil em 1997, pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1480, de 21 de agosto de 1997, sendo a atualização mais recente a Resolução nº 2.173 de 23.11.2017 do CFM.

Os critérios são baseados na ausência da atividade cerebral, incluindo o tronco encefálico e foram disciplinados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, a qual altera dispositivos da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe

sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências, que considera a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes (TANNOUS et al., 2018)

O diagnóstico de ME é obrigatório e a notificação é compulsória para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), representada pela Central Estadual de Transplantes (CET). Para tanto, deve ser aberto o protocolo para todos os pacientes com suspeita de ME, independentemente da possibilidade de doação ou não de órgãos e/ou tecidos (TANNOUS, 2018).

2.1.2 Protocolo de morte encefálica

A abertura de um protocolo de ME está ancorada em critérios bem estabelecidos. É essencial que o paciente esteja classificado como score 1 na Nova Escala de Glasgow, conhecida também como a Escala de Coma de Glasgow (ECG), que consiste numa ordenação neurológica capaz de medir e avaliar o nível de consciência de uma pessoa que tenha sofrido um traumatismo craniano ou uma lesão neurológica.

Para iniciar a abertura de um protocolo de ME, o paciente deve apresentar os critérios expostos na Tabela 1, exposta logo adiante. Vale ressaltar que, na versão antiga, não existe a avaliação da pupila, sendo o score mínimo de 3. Além de o paciente ter de ser submetido à aplicação da ECG, o protocolo de morte encefálica também contempla a execução de dois exames clínicos, um teste de apneia e um exame complementar de imagem comprobatório.

Tabela 1: Nova Escala De Glasgow (ECG) 2018

VARIÁVEIS		SCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À Voz	3
	À Dor	2
	Nenhuma	1
	Não testável	(N/T)
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3T
	Palavras Incompreensivas	2
	Nenhuma	1
	Não testável	(N/T)
Resposta Motora	Obedece a Comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
	Não testável	(N/T)
APÓS REALIZAR ECG DEVE ANALISAR A REAÇÃO PUPILAR AVALIAÇÃO PUPILAR E SUBTRAIR SEU VALOR COM O VALOR DA ECG		
Avaliação Pupilar	Inexistente	2
	Parcial	1
	Completa	0
TOTAL	Máximo	15
	Mínimo	1

A avaliação clínica deve confirmar que o paciente está com ausência de resposta motora após compressão do leito ungueal – ausência de resposta supraespinal, ausência dos reflexos de tronco e de incursões respiratórias aparentes (ABTO, 2019).

A impossibilidade de realizar um dos reflexos, como nos casos de perfuração timpânica ou lesão grave do globo ocular, inviabiliza o prosseguimento do protocolo e a presença de reatividade infraespinal pode ocorrer em pacientes com ME e decorre da atividade reflexa de medula (TANNOUS, 2018).

Os exames clínicos devem ser realizados por médicos diferentes, com intervalo mínimo de uma hora entre eles para potencial doador acima de dois anos, segundo a Resolução 2.173 de 23.11.2017 do CFM.

Em relação ao teste de apneia, este verifica o estímulo do centro respiratório à hipercapnia, sendo seu objetivo avaliar a integridade da região ponto bulbar. É uma etapa de execução médica e que requer monitorização e cuidados a fim de garantir a segurança do paciente durante o teste.

De forma ideal, o paciente que será submetido ao teste de apneia deve estar hemodinamicamente compensado, sem arritmias, sem hipóxia, com temperatura normal e controle metabólico adequado, conforme previsto no quadro 1, transcrito mais adiante.

É importante destacar que a compensação hemodinâmica do potencial doador por ME é de grande responsabilidade da equipe de Enfermagem liderada pelo enfermeiro. O teste será considerado positivo para ME, caso não existam quaisquer movimentos respiratórios e a gasometria final demonstre pCO_2 igual ou acima de 55 mmHg. O teste deve ser interrompido imediatamente, se forem constatados movimentos respiratórios, sendo classificado como teste negativo para ME (TANNOUS, 2018).

Caso o paciente apresente sinais de instabilidade, como hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg), hipóxia (Saturação de oxigênio < 90%) ou arritmias, o teste deve ser interrompido e o paciente reconectado ao ventilador. Nessa eventualidade, o teste é considerado inconclusivo. A seguir, no quadro1, são expostas as etapas do teste de apneia.

Quadro 1 - Etapas do teste de apneia

PARA SE OBTER SUCESSO, DEVEM-SE SEGUIR AS SEGUINTE ETAPAS:
01 – Oxigenar o paciente com o O ₂ a 100% por 10 minutos para garantir a saturação completa da hemoglobina e diminuir o risco de hipóxia;
02 – Coletar gasometria arterial inicial: deve demonstrar hiperóxia e pCO ₂ entre 35 e 45 mmHg;
03 – Desconectar o ventilador e inserir, pelo tubo orotraqueal, um cateter de oxigênio com fluxo de 6 a 8 L/min na traqueia ao nível da carina;
04 – Observar atentamente a presença de movimentos respiratórios por 10 minutos;
05 – Coletar a gasometria arterial final: deve demonstrar pCO ₂ igual ou acima de 55 mmHg;
06 – Reconectar o paciente à ventilação mecânica.

Fonte: Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos. Curitiba: SESA/SGS/CET, 2018. 68 p.

Havendo condições instáveis durante o teste de apneia, a gasometria final pode ser coletada imediatamente antes de reconectar o paciente ao ventilador mecânico, independentemente do tempo de teste decorrido. Caso os níveis de pCO₂ atinjam 55 mmHg, o teste também será considerado positivo (TANNOUS, 2018).

Segundo o Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos (2018), o exame complementar pode ser realizado após a abertura do protocolo ou após a segunda avaliação clínica. Sua indicação é a de demonstrar de forma inequívoca a ausência de atividade elétrica ou metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral. Para paciente com idade acima de dois anos, não existe indicação específica de tipo de exame e apenas um dos citados abaixo é considerado suficiente, e suas definições são dadas pelo Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos de 2018:

- O eletroencefalograma (EEG) detecta a atividade elétrica cerebral e é necessário um exame com, no mínimo, 21 canais. Como vantagem, pode ser feito na beira do leito e tem como desvantagem a interferência com os outros equipamentos eletrônicos;

- O Doppler transcraniano é um método não invasivo que avalia o fluxo sanguíneo cerebral. O fluxo de sangue é avaliado através de janelas ósseas. Como vantagem, é um exame portátil, feito ao lado do leito do paciente;
- A arteriografia cerebral avalia o fluxo sanguíneo após a injeção de contraste nas artérias carótidas e vertebrais. Como desvantagens estão: a necessidade de transporte do paciente para a sala cirúrgica e o uso de contraste, que pode interferir na função renal do paciente;
- A cintilografia cerebral demonstra a circulação sanguínea por meio da injeção de radioisótopo. Também requer a remoção do paciente até o local adequado para a realização do exame.

2.1.3 Conduta após protocolo

Após a realização de todas as etapas do protocolo (dois exames clínicos, um teste de apneia mais o exame complementar), é feito o diagnóstico de ME. Nesse momento, o paciente é legalmente declarado morto e o Termo de Declaração de Morte Encefálica (TDME) deve ser preenchido e enviado para a Central Estadual de Transplante (CET). No horário do óbito, deve constar o momento da conclusão da última etapa do protocolo de ME. (TANNOUS, 2018). Com o óbito do paciente já comprovado, o diagnóstico deve ser explicado para a família pela equipe médica e todas as dúvidas devem ser esclarecidas. Caso o paciente seja potencial doador, uma equipe diferente, composta pelos membros da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) deverá entrevistar a família quanto à possibilidade de doação.

A entrevista é uma das etapas de maior complexidade no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, pois envolve aspectos éticos, legais e emocionais, além de ocorrer minutos ou horas após a comunicação da morte

encefálica, concretizando, para os familiares, a impotência, a morte e a separação do potencial doador (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012).

É uma etapa importante, visto que trata da possibilidade da doação de órgãos e tecidos para salvar e/ou melhorar a qualidade de vida de pessoas que necessitam de um transplante; e complexa, por envolver aspectos relativos ao entrevistador, ao entrevistado, ao local da entrevista, evidenciando assim a necessidade de capacitação profissional para conhecer, identificar e lidar com fatores que facilitam ou dificultam o diálogo com os familiares (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012).

Se a doação for aprovada, o suporte ao potencial doador de órgãos deve ser mantido até o momento da captação. Em caso de contraindicação para doação de órgãos ou negativa familiar, o suporte avançado de vida deve ser suspenso, conforme previsto na Resolução do Conselho Federal de Medicina n.1826 de 24 de outubro de 2007.

O fluxograma a seguir resume a conduta após o diagnóstico de ME, conforme a figura 1 subsequente: (TANNOUS, 2018)

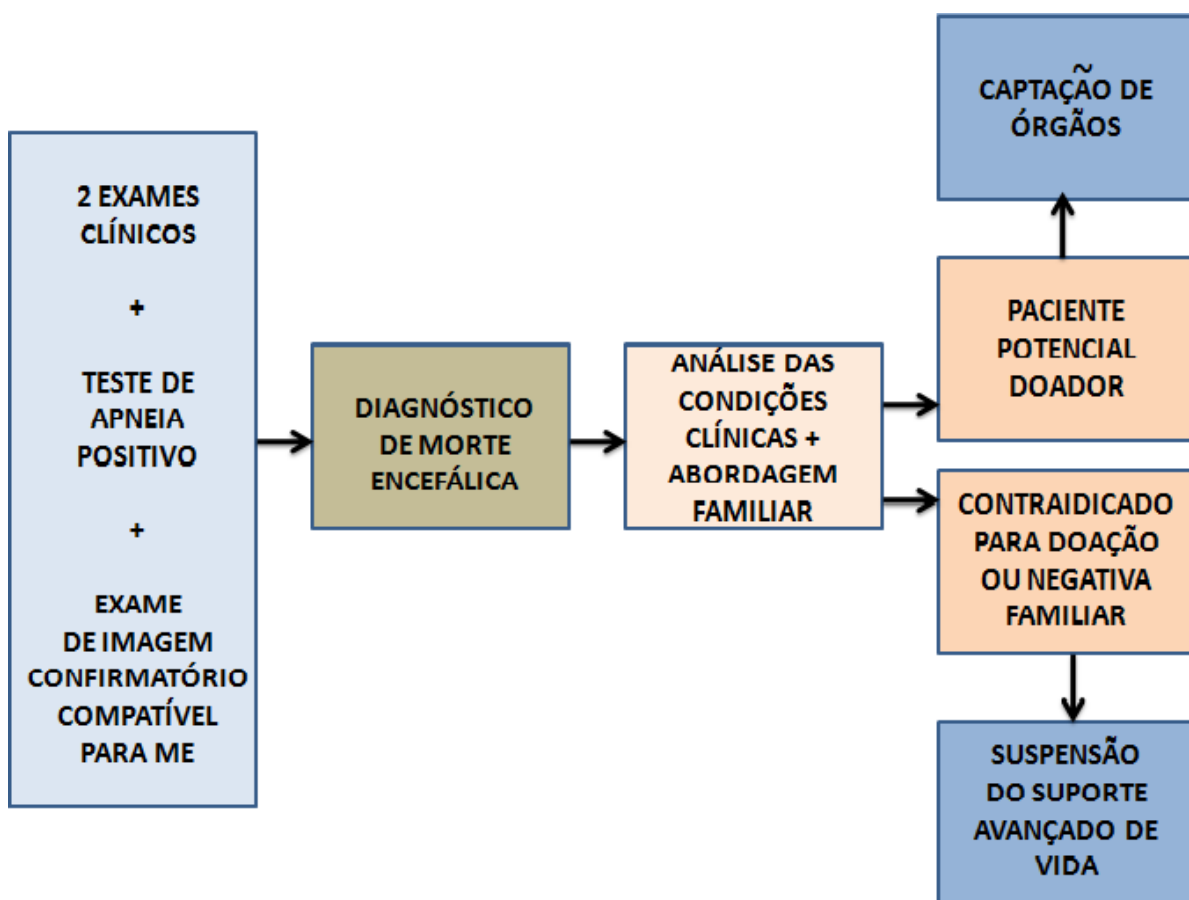


Figura 1 – Fluxograma da conduta após diagnóstico de morte encefálica

Fonte: Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos. Curitiba: SESA/SGS/CET, 2018. 68 p.

2.1.4 Manutenção do potencial doador

Segundo Garcia (2015), o processo de ME é um evento amplo, que cursa com diversas alterações fisiopatológicas decorrentes da inativação de centros de controle pressórico, hormonal e respiratório.

A detecção precoce dessas alterações e a intervenção imediata permitem a minimização das perdas de potenciais doadores por más condições clínicas e uma melhora importante nas condições do enxerto no pós-transplante. Sendo assim, é essencial que medidas para a manutenção do potencial doador de órgãos sejam instituídas durante o processo de certificação da ME e enquanto se aguarda a entrevista familiar para concretizar a doação (TANNOUS, 2018).

Devido à crescente necessidade de doação de órgãos, é notório que a Enfermagem desempenha um papel de suma importância nesse cenário, pois a assistência adequada é imprescindível para a efetivação do sucesso da doação. O diagnóstico de Enfermagem tornou-se muito importante, já que é por meio dele que o enfermeiro prescreve cuidados de Enfermagem que farão a total diferença na manutenção do potencial doador (COSTA et al., 2018).

A prescrição de Enfermagem, relacionada aos cuidados com o potencial doador, envolve: manutenção da pressão arterial e da pressão venosa central, executada com o manejo de líquidos e drogas; manejo da temperatura por meios físicos; cuidados com córneas por meio de higienização e proteção com gaze umedecida; necessidade de manter dieta enteral e elevação de cabeceira à 30°; manuseio ventilatório com gasometrias frequentes, aspiração do tubo orotraqueal e manejo da pressão intrabalonete; ações de prevenção de infecção; avaliação periódica dos acessos, como cateteres; mensuração dos sinais vitais; monitorização eletrocardiográfica com manejo de parada cardiorrespiratória (COSTA et al., 2018).

Segundo o Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos. Curitiba: SESA/SGS/CET, 2018, as principais manutenções do potencial doador são:

1. Temperatura corporal:
 - Manter temperatura central > 35°C, idealmente entre 36 e 37,5°C;
 - Reverter a hipotermia – aquecer o ambiente, usar mantas térmicas, infundir líquidos aquecidos;

2. Suporte hemodinâmico:
 - Monitorizar a pressão arterial de forma invasiva;
 - Manter PAM > 65 ou PAS > 90 mmHg;

3. Suporte ventilatório:
 - Ventilar todos os pacientes utilizando estratégia protetora;

4. Suporte endocrinometabólico:
 - Manter suporte nutricional enteral de 15 a 30% das necessidades diárias;

5. Suporte hematológico:
 - Analisar hemograma do potencial doador e orientar equipe médica sobre a necessidade de transfusão de hemácias se $Hb \leq 7$ g/dL.

6. Aspectos infecciosos:
 - Coletar culturas sempre que houver suspeita de infecção.

A constatação da ME é extremamente rígida, com vários passos muito bem definidos e que envolvem intensamente a participação do enfermeiro.

2.2 O manejo da morte pelos enfermeiros junto à família do paciente

A morte é um tema de grande complexidade para abordagem e manejo, conforme apontado na introdução deste estudo, e, portanto, gerador de debate e muitas dúvidas. A definição de morte aceita, no âmbito da assistência à saúde, consiste no término das funções vitais, considerando que há uma dificuldade em precisar o exato momento da sua ocorrência, por não se constituir apenas do fato instantâneo, mas sim, da sequência de fenômenos gradativamente processados em vários órgãos necessários ao sistema de manutenção da vida (TANNOUS, 2018).

Assim como o nascer, a morte constituiu-se parte do processo de vida do ser humano do ponto de vista biológico. Entretanto outros componentes, como religião, modo de vida, entre muitos, interferem na compreensão da finitude humana, daí a existência de um grande e diverso espectro de seu significado (COMBINATO, QUEIROZ, 2006).

Em nossa cultura, admitia-se o compartilhamento da morte de uma pessoa em sua casa, porém este evento, em função das mudanças sociais, deslocou-se para o hospital e, em alguns casos, para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Em um ambiente isolado, com janelas fechadas, luz artificial, temperatura constante mantida pelo ar-condicionado e equipamentos técnicos, os profissionais da saúde realizam procedimentos altamente sofisticados com pacientes que se encontram em situações-limite entre a vida e a morte (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Para Marques et al. (2013), a morte no ambiente hospitalar está intimamente relacionada ao cotidiano dos profissionais que trabalham nesses locais; entre eles, os membros da equipe de Enfermagem, uma vez que eles desempenham suas funções em contato direto com os pacientes e suas famílias, acompanhando a evolução da doença.

O confinamento em ambientes como UTIs leva o paciente a um processo reflexivo solitário, o que, indubitavelmente, gera uma carga emotiva de grande impacto para todos os envolvidos, especialmente para a equipe de Enfermagem, que tem uma presença permanente junto a estes pacientes.

Baseada no paradigma positivista, a formação e a atuação de profissionais na área da saúde tendem a lidar com a doença e a morte do ponto de vista estritamente técnico (KLAFKE, 1991; KOVÁCS, 1991, 2002). Os autores apontam para a dificuldade do exercício profissional frente à situação de falta de recurso terapêutico, como se fosse uma evidência de fracasso profissional.

Pitta (1999) aborda essa questão ao ressaltar que o saber da equipe de saúde, voltado exclusivamente para soluções técnicas, a conduz a essa postura negacionista da morte, na medida em que ameniza o sentimento de impotência.

Paralelamente a essa constatação, o avanço dos recursos tecnológicos tornou-se uma alternativa de prolongamento da vida do paciente, o que tem gerado muitos estudos que problematizam de que “vida” está se falando (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Percebe-se que evitar o contato com o paciente fora de recursos terapêuticos leva o profissional de Enfermagem a fugir do contato com as suas próprias emoções em relação à morte e ao morrer. Os autores consideram que a terminalidade não é algo natural. Se olharmos isoladamente uma interação, na sua aparência e não na essência, tendemos a classificá-la como natural, dada a mecanicidade com que este momento acontece (HERMES; LAMARCA, 2013).

Há inexoravelmente, por parte dos profissionais de Enfermagem, um retrospecto imediato quanto ao processo de construção da sua historicidade e de suas perdas, mas que acaba sendo interrompido pelo denso protocolo que o falecimento em uma instituição de saúde determina (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em relação à família, o cuidado com os familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva e é lamentável que essa ação seja tão pouco abordada na maioria dos cursos de graduação da área da saúde (SOARES, 2007).

A literatura recente está repleta de evidências de que estratégias voltadas para os familiares, como a melhoria da comunicação, da prevenção de conflitos e do conforto espiritual resultam em maior satisfação e percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente na UTI (MARQUES et al., 2013; SCHIMIDIT et al., 2018).

De acordo com Marques et al. (2013), uma das causas da dificuldade de abordagem da morte e do cuidado com os familiares de pacientes críticos nos cursos de graduação de Enfermagem reside no pouco amadurecimento dos estudantes que têm ingressado cada vez mais precocemente no nível superior. No panorama brasileiro, o direcionamento das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem dispõe que:

A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

Contudo observa-se que a temática morte, doação e transplante de órgãos é incipiente na organização curricular das universidades, o que demonstra a necessidade de sua inserção, de forma transversal, no conteúdo programático do curso superior de Enfermagem. Tais achados vão ao encontro dos resultados de outros estudos que revelaram preocupação com o preparo dos futuros enfermeiros que, possivelmente, atuarão nesta área (QUAGLIO et al., 2017; ALMEIDA; BUENO; BALDISSERA, 2014).

Frente ao exposto, entende-se que, apesar da implementação de mudanças, ainda são encontrados profissionais despreparados e alunos que, ao final do curso, declaram-se ainda incapazes e imaturos para exercerem a profissão (KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006).

Essa limitação do processo formativo na graduação da Enfermagem foi constatada em estudos desenvolvidos com estudantes de Enfermagem que salientaram terem dificuldade, quando questionados sobre o papel do enfermeiro diante da morte, no processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos, assim como no que tange a definições técnicas e burocráticas envolvidas no referido processo (QUAGLIO et al., 2017; ALMEIDA; BUENO; BALDISSERA, 2014; SILVA; SILVA, 2007; KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006).

Podemos depreender então que diferentes profissionais da saúde interagem com o processo de morte na sua atividade profissional. Entretanto, além de estarmos inseridos num contexto sócio histórico de negação da morte, a formação profissional caracteriza-se pela ênfase nos aspectos teóricos e técnicos em detrimento dos aspectos éticos e morais (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Essa é uma tarefa difícil, pois cada família demanda atenção particularizada no cuidado diante de sua dor e sofrimento, muitas vezes de modo discreto, porém não menos premente e importante (FERNANDES; KOMESSO, 2013).

Os referenciais ainda reforçam a necessidade de aprofundar as discussões sobre a temática, em todos os contextos de trabalho, com suas particularidades e dificuldades específicas, como forma de instigar medidas no sentido de transformar essas realidades, otimizando a criação de serviços voltados, não somente para a recuperação dos doentes, mas para sanar as angústias da condição humana. (MARQUES; VERONEZ; SANCHES; HIGARASHI, 2013). Feita a revisão da literatura, passaremos ao objeto da pesquisa.

3. *OBJETIVOS*

3 OBJETIVOS

No percurso dessa pesquisa, observamos, por meio da literatura, a insuficiência sobre conteúdos relacionados à ME, doação de órgãos e ao transplante, ofertados durante a graduação de Enfermagem, o que pode gerar uma atuação do enfermeiro e sua equipe frágil no pré e no pós-transplante. Esse contexto engendrou inquietações que ora são apresentadas na forma de questões norteadoras:

1. Qual a compreensão dos enfermeiros de setores críticos ao processo de morte encefálica e transplante?
2. Como é o enfrentamento dos enfermeiros de setores críticos em relação à morte?
3. O conteúdo ofertado sobre morte encefálica e transplante durante a graduação de enfermeiros de setores críticos foi satisfatório?
4. Qual a compreensão dos enfermeiros de setores sobre manutenção do potencial doador?

3.1 Objetivo Geral

Identificar a compreensão dos enfermeiros de setores críticos do Hospital São Paulo quanto à morte encefálica e transplante de órgãos sólidos e tecidos, por meio da construção e validação de uma escala Likert.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a compreensão dos enfermeiros quanto à morte encefálica e transplante de órgãos sólidos e tecidos.
- Registrar como é o enfrentamento dos enfermeiros em relação à morte.
- Identificar se o conteúdo ofertado sobre morte encefálica e transplante, durante a graduação dos enfermeiros, foi satisfatório.
- Conhecer a atuação dos enfermeiros quanto à manutenção do potencial doador.

4. MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa, de caráter exploratório, descritivo, com o uso de escala atitudinal do tipo Likert. Minayo & Sanches (1993) asseveram que a investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. E, de acordo com Gil (1991) e Thomas (2007), na pesquisa descritiva, realizam-se: o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. A finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos.

A pesquisa exploratória possibilita maior familiaridade entre o pesquisador e o que está sendo estudado, pois é desenvolvida com vistas ao problema ou questão de pesquisa, quando há pouco ou nenhum estudo anterior.

Pode ser realizada por meio de diversas técnicas, geralmente com uma pequena amostra, que permite ao pesquisador definir o seu problema de pesquisa, formular a sua hipótese com maior precisão, assim como escolher as técnicas mais adequadas para a sua pesquisa e decidir sobre as questões que mais necessitam de atenção e investigação detalhada. Por fim, pode alertá-lo sobre potenciais dificuldades, as sensibilidades e áreas de resistência (SAMPIONI, 2013; RODRIGUES, 2018).

4.2 Coleta de Dados

Foi construída e aplicada uma Escala de Likert ao corpo de enfermeiros que atuam no Pronto Socorro Adulto e nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo à luz dos objetivos do estudo. Optou-se pela construção de uma escala, pois as existentes na literatura, a nosso juízo, não se mostravam contributivas aos objetivos propostos nesta pesquisa.

A escala de Likert foi desenvolvida por Rensis Likert, em 1932, inicialmente destinada à avaliação de níveis de satisfação de consumidores de bens e serviços, considerando uma relação entre as opiniões expressas e a compra.

Com o passar do tempo, “começou a ser aplicada às demais áreas do conhecimento, considerando-se as influências exercidas pelas condições sociais sobre a avaliação da opinião e da satisfação” (FERREIRA, 2004, 2013, 2014).

Segundo Ferreira (2004, 2013, 2014, 2017), este instrumento constitui-se numa escala de percepção que busca verificar o nível de concordância do indivíduo com assertivas positivas ou negativas sobre o objeto da pesquisa.

Para a adequada construção da escala atitudinal do tipo Likert, procedeu-se à validação de conteúdo, que consistiu em:

- Construção de dimensões à luz dos objetivos estipulados na pesquisa;
- Construção de asserções positivas ou negativas com o uso de fraseologia clara, objetiva e pertinente à população dos respondentes para cada dimensão por meio de:
 - ❖ Equivalência semântica (significado das palavras);
 - ❖ Equivalência cultural (termos e situações cotidianas diferentes entre as culturas);
 - ❖ Equivalência conceitual (palavras que possuem significados culturais diferentes);

- Randomização das asserções;
- Oferta de quatro opções de resposta: concordância plena, inclinado a concordar, inclinado à discordância e discordância plena.

O uso de opções pares de resposta evita a tendência centrante (OLIVEIRA, 2001; BATISTA e FERREIRA, 2020), bem como a escolha de opções que vão da concordância plena passando por intervalos de inclinação à mesma, inclinação à discordância e discordância plena, conferem ao objeto pesquisado mais solidez da percepção manifestada pelos respondentes.

A quinta opção normalmente denominada de “indiferente”, “não sei” ou algo semelhante traz um enorme viés a pesquisa, porque não retrata uma tendência e pode desviar-se do objetivo.

Foram atribuídos pontos para cada opção em duas escalas: 1/2/3/4 e 4/3/2/1 gerando três intervalos interpretativos: de 1 ponto a 1,99, a percepção é ruim, demandando correções em curto prazo; de 2 pontos a 2,99, a percepção é razoável, exigindo correções em médio prazo e de 3 pontos a 4 pontos, a percepção é boa, indicando assertividades quanto ao objeto pesquisado. Após a aplicação da escala, ela foi validada estatisticamente com relação à dispersão e confiabilidade.

Esta escala foi composta por quatro dimensões com 23 asserções ao todo. Após randomização, as asserções foram assim distribuídas pelas quatro dimensões, conforme quadro 2, a seguir:

QUADRO 2 - Dimensões e randomização das assertivas

Dimensões	Assertivas
Dimensão 01: Diagnóstico de Morte Encefálica (ME)	01, 05, 09, 13, 17, 21
Dimensão 02: Cuidado com o Potencial Doador	02, 06, 10, 14, 18, 22, 23
Dimensão 03: Enfrentamento do Enfermeiro em relação à Morte.	03, 07, 11, 15, 19
Dimensão 04: Formação do Graduando em Enfermagem quanto à ME e cuidados com o Potencial Doador.	04, 08, 12, 16, 20

Fonte: Próprio autor¹

¹ Quadro a partir da randomização das asserções retirado do **APÊNDICE D**.

4.3 Local de Estudo

Pronto Socorro Adulto e Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo.

4.4 População

A população foi composta por 70 enfermeiros que atuam no Pronto Socorro Adulto e em Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão, foram selecionados os enfermeiros com experiência maior que seis meses dentro destes setores, porque apresentam maior probabilidade de terem participado ou presenciado um protocolo de morte encefálica. Foram excluídos os enfermeiros que não participaram ou não presenciaram o protocolo de morte encefálica. Foram aceitos todos os participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a leitura desse documento.

4.6 Procedimentos de Coleta de Dados

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, o pesquisador convidou os enfermeiros do Pronto Socorro Adulto e de Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo a participarem da pesquisa por meio do instrumento, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

5. *RESULTADOS*

5 RESULTADOS

O local da pesquisa foi o Pronto Socorro Adulto e Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário - Hospital São Paulo. A população foi composta por 70 enfermeiros que atuam nesses setores e que aceitaram participar da pesquisa por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tivemos também como critérios de análise a faixa etária, ano de conclusão da graduação e tempo de experiência no referido hospital pesquisado. Como critério de inclusão foram selecionados os enfermeiros que tinham experiência maior do que seis meses dentro desses setores, pois em seis meses, há grande oportunidade de terem participado de um protocolo de morte encefálica. O gráfico 1, na sequência, dá visibilidade ao perfil amostral, por setor de atuação, dos participantes desta pesquisa.

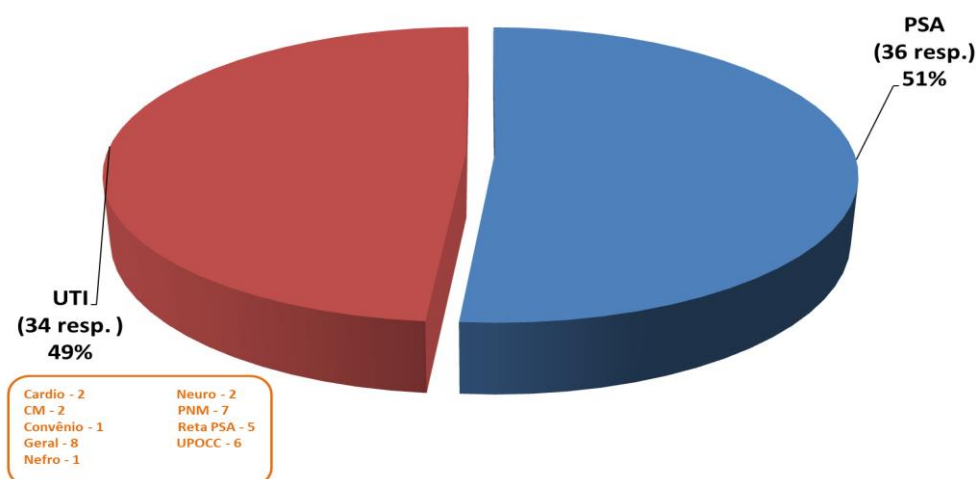


Gráfico 1: Perfil da População Amostral, quanto à distribuição por setor de atuação no Hospital, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

No gráfico 2, subsequente, observamos a distribuição dos enfermeiros quanto à faixa etária, evidenciando que 71% da população estão entre 25 a 39 anos.

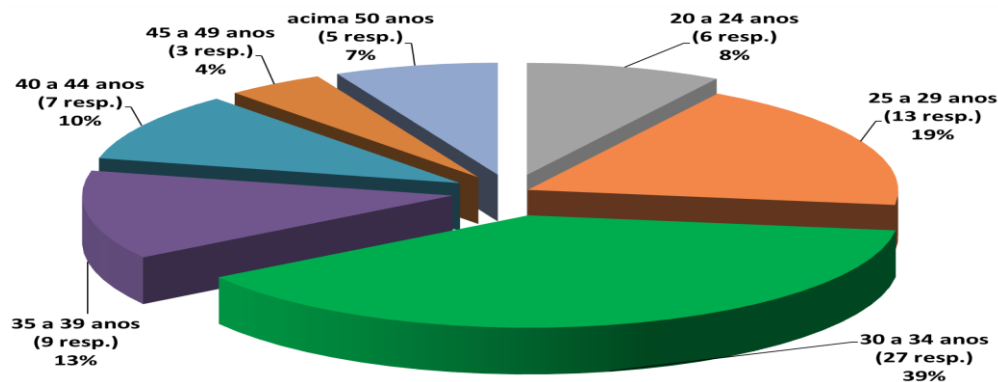


Gráfico 2: Perfil da População Amostral, quanto à distribuição por faixa etária, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo – SP, 2020

Já no gráfico 3 a seguir, percebemos que 7% dos enfermeiros formaram-se entre 2000 a 2004, 20% entre 2005 a 2009; 39% entre 2010 a 2014 e, por último, 34%, entre 2015 a 2019.

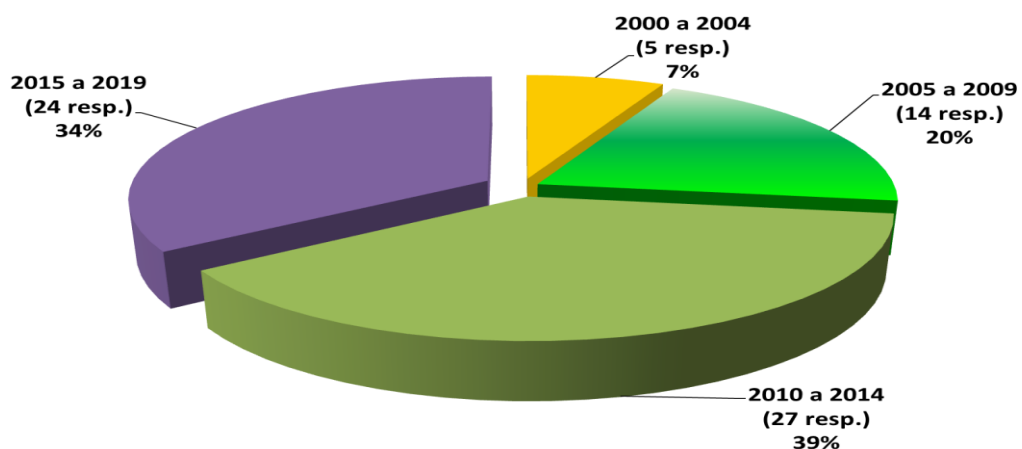


Gráfico 3: Perfil da População Amostral, quanto ao ano de formação, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

No gráfico 4, na sequência, informamos o perfil da população amostral por tempo de atuação.

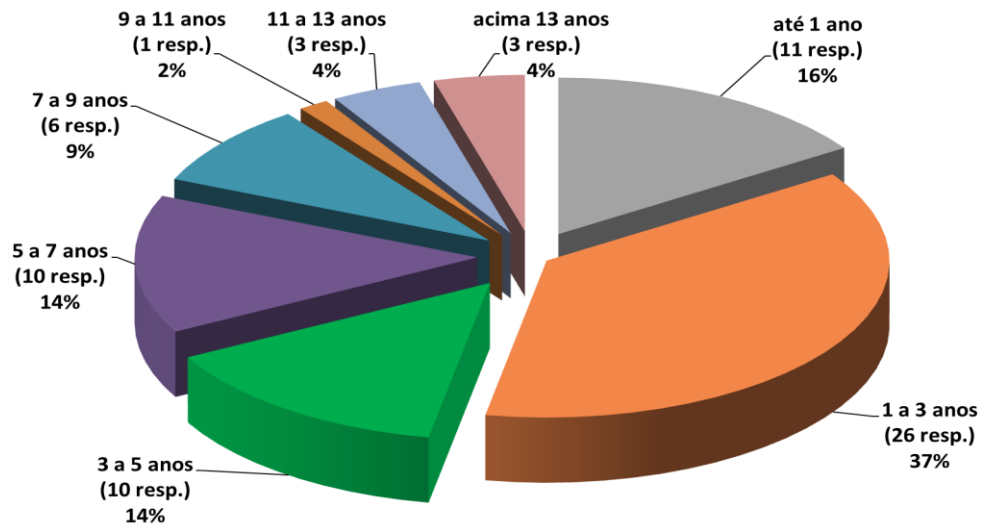


Gráfico 4: Perfil da População Amostral quanto à distribuição por tempo de atuação no setor no hospital da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Apresentamos, na tabela 2, subsequente, o resultado das correlações das asserções para a primeira e segunda administração.

Tabela 2: Resultado das correlações das asserções para a primeira e segunda administração da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

ASSERÇÃO	MÉDIA	1ª Administração	2ª Administração
		Correlação 1	Correlação 2
A1	3,60	0,30	0,33
A2	3,83	0,37	0,30
A3	2,66	0,40	0,43
A4	2,00	0,48	0,48
A5	3,24	0,03	-
A6	3,61	0,19	-
A7	3,29	0,07	-
A8	3,81	0,30	0,30
A9	1,51	-0,23	-
A10	3,70	0,29	-
A11	2,89	0,56	0,63
A12	1,90	0,41	0,47
A13	3,07	0,38	0,41
A14	3,71	0,23	-
A15	3,10	0,53	0,51
A16	2,81	0,42	0,55
A17	2,00	0,35	0,49
A18	3,51	0,30	0,32
A19	3,89	0,28	-
A20	3,63	-0,09	-
A21	2,33	0,47	0,53
A22	3,89	0,12	-
A23	3,33	0,44	0,38

Na tabela 3, como segue, estão expostas as médias das asserções validadas e não validadas.

Tabela 3: Médias das asserções validadas e não validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

ASSERÇÕES Média Geral		ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS Média Geral		ASSERÇÕES VALIDADAS Média Geral	
ASSERÇÃO	MÉDIA	ASSERÇÃO	MÉDIA	ASSERÇÃO	MÉDIA
A1	3,60	A5	3,24	A1	3,60
A2	3,83	A6	3,61	A2	3,83
A3	2,66	A7	3,29	A3	2,66
A4	2,00	A9	1,51	A4	2,00
A5	3,24	A10	3,70	A8	3,81
A6	3,61	A14	3,71	A11	2,89
A7	3,29	A19	3,89	A12	1,90
A8	3,81	A20	3,63	A13	3,07
A9	1,51	A22	3,89	A15	3,10
A10	3,70	MÉDIA	3,39	A16	2,81
A11	2,89			A17	2,00
A12	1,90			A18	3,51
A13	3,07			A21	2,33
A14	3,71			A23	3,33
A15	3,10			MÉDIA	2,92
A16	2,81				
A17	2,00				
A18	3,51				
A19	3,89				
A20	3,63				
A21	2,33				
A22	3,89				
A23	3,33				
MÉDIA	3,10				

Os gráficos 5 e 6, respectivamente, nos mostram as assertivas não validadas e as validadas.



Gráfico 5: Médias das asserções não validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

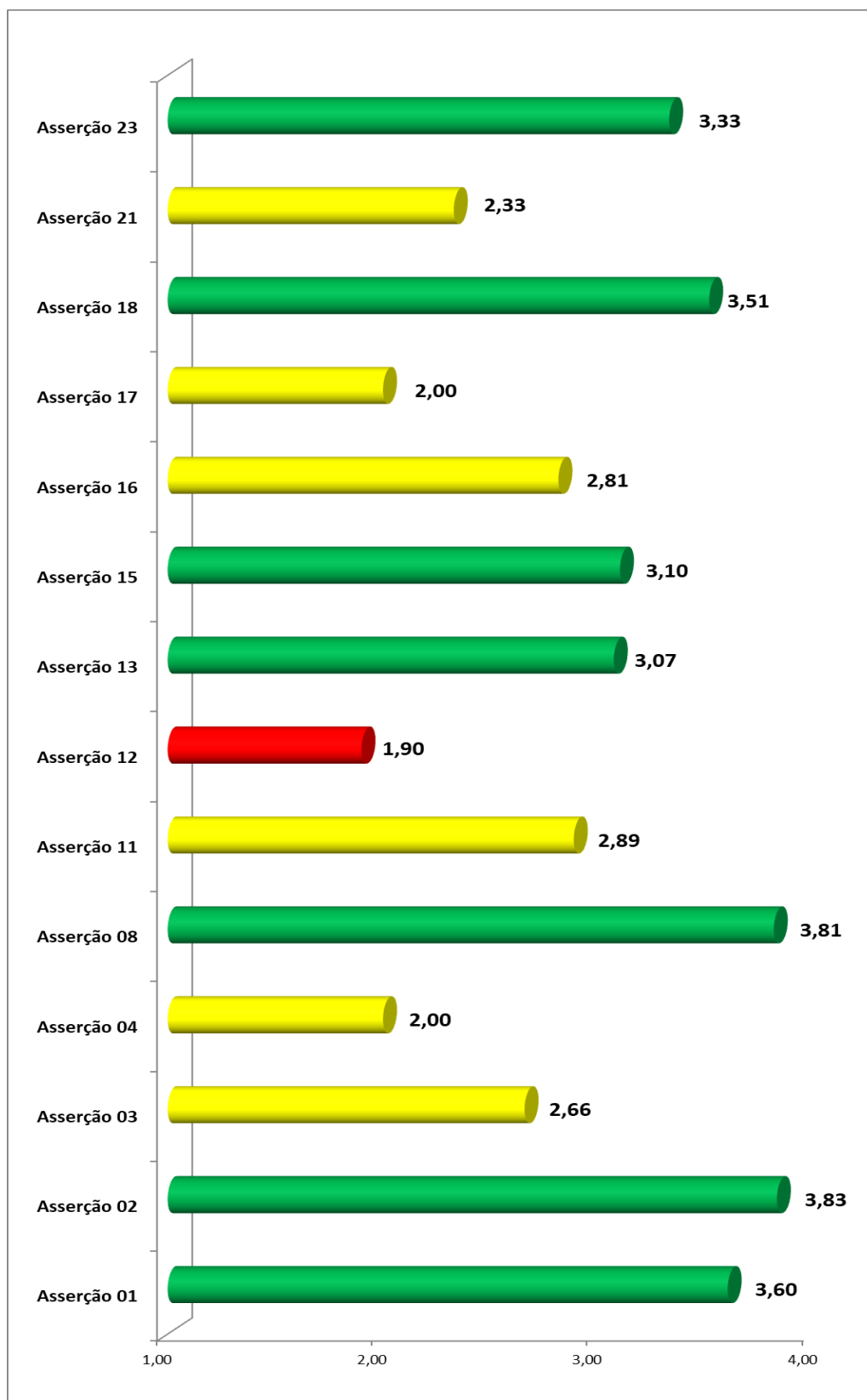


Gráfico 6: Médias das asserções validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Ao considerarmos os eixos de análise como faixa etária, ano de formação e tempo de experiência nas UTIs e PSA do HSP, eles foram submetidos ao teste de variância ANOVA com o intuito de evidenciar possíveis interferências dos mesmos nos resultados obtidos.

Foram distribuídos, num primeiro momento, 76 instrumentos entre os enfermeiros que atuam no Pronto Socorro Adulto, Unidades de Terapia Intensiva e Organização de Procura de Órgãos do Hospital São Paulo. Após análise da banca de qualificação, foi dada uma sugestão de que fossem retirados da pesquisa os instrumentos avaliados pelos profissionais da Organização de Procura de Órgãos, pois estes apresentam um perfil muito específico, destoando dos profissionais de análise do projeto.

Utilizando a ferramenta estatística denominada Análise de Variância (ANOVA) que visa, fundamentalmente, verificar se existe uma diferença significativa entre as médias das respostas dos profissionais por Setor de Atuação no Hospital São Paulo - Pronto Socorro Adulto (PSA), Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Organização de Procura de Órgãos (OPO).

Por meio da tabela 4, transposta na sequência, foi possível constatar que existe diferença entre as médias dos três setores de atuação:

Tabela 4: Resultado da análise de variância, em relação ao Eixo de Análise: Setor de Atuação, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Ho: Igualdade entre as médias das Dimensões devido ao Setor de Atuação.

RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
geral	4	11,56	2,89	0,17
OPO	4	8,50	2,13	0,16
PSA	4	11,86	2,96	0,18
UTI	4	11,78	2,95	0,17

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	1,97	3	0,66	3,89	0,04	3,49
Dentro dos grupos	2,03	12	0,17			
Total	4,00	15				

Como o valor de $F (3,89) > F \text{ crítico } (3,49) ==$ Rejeita a Hipótese H_0 de igualdade entre os Setores.

Para constatar se o setor OPO realmente influenciou na Rejeição da Hipótese H_0 , foram retirados os seis instrumentos de respostas desses profissionais e aplicada a Estatística ANOVA novamente, onde a hipótese H_0 de igualdade entre as médias das respostas dos profissionais do PSA e UTI foi aceita, conforme tabela 5 seguinte:

Tabela 5: Resultado da análise de variância, em relação ao Eixo de Análise: Setor de Atuação sem OPO, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Ho: Igualdade entre as médias das Dimensões devido ao Setor de Atuação.

RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
geral	4	11,82	2,96	0,17
PSA	4	11,86	2,96	0,18
UTI	4	11,78	2,95	0,17

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	0,00	2	0,00	0,00	1,00	4,26
Dentro dos grupos	1,55	9	0,17			
Total	1,55	11				

Como o valor de $F (0,00) < F \text{ crítico } (4,26) ==$ Aceita a Hipótese H_0 de igualdade entre os Setores.

Na tabela 6, na sequência, consta o resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: faixa etária.

Tabela 6: Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: faixa etária da dissertação, gráfico VII: Médias das asserções validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Ho: Igualdade entre as médias das Dimensões devido a Faixa Etária.

Anova: fator único

RESUMO					
<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>	
geral	4	11,82	2,96	0,17	
20 a 24 anos	4	12,06	3,01	0,15	
25 a 29 anos	4	12,38	3,09	0,14	
30 a 34 anos	4	11,11	2,78	0,21	
35 a 39 anos	4	11,17	2,79	0,20	
40 a 44 anos	4	12,92	3,23	0,25	
45 a 49 anos	4	12,89	3,22	0,06	
acima 50 anos	4	12,93	3,23	0,28	

ANOVA						
<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	0,99	7	0,14	0,78	0,61	2,42
Dentro dos grupos	4,34	24	0,18			
Total	5,33	31				

Como o valor de $F (0,78) < F \text{ crítico } (2,42) ==$ Aceita a Hipótese H_0 .

A tabela 7, a seguir, demonstra o resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: faixa de conclusão.

Tabela 7: Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: faixa de conclusão da Graduação, da dissertação Gráfico VI: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Ho: Igualdade entre as médias das Dimensões devido a Faixa Conclusão da Graduação.

Anova: fator único

RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
geral	4	11,82	2,96	0,17
2000 a 2004	4	12,25	3,06	0,20
2005 a 2009	4	10,94	2,74	0,19
2010 a 2014	4	11,39	2,85	0,20
2015 a 2019	4	12,73	3,18	0,14

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	0,49	4	0,12	0,69	0,61	3,06
Dentro dos grupos	2,70	15	0,18			
Total	3,20	19				

Como o valor de $F (0,69) < F \text{ crítico } (3,06) ==$ Aceita a Hipótese H_0 .

Apresentamos, na tabela 8 consecutiva, o resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: setor de atuação.

Tabela 8: Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: setor de atuação da dissertação Gráfico VI: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Ho: Igualdade entre as médias das Dimensões devido ao Setor de Atuação.

Anova: fator único

RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
geral	4	11,82	2,96	0,17
PSA	4	11,86	2,96	0,18
UTI	4	11,78	2,95	0,17

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	0,00	2	0,00	0,00	1,00	4,26
Dentro dos grupos	1,55	9	0,17			
Total	1,55	11				

Como o valor de $F (0,0) < F \text{ crítico } (4,26) = \text{Aceita a Hipótese } H_0$.

Segue o resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: Faixa em anos no setor de atuação, de acordo com a tabela IX subsequente.

Tabela 9: Resultado da análise de variância em relação ao Eixo de Análise: Faixa em anos no setor de atuação da dissertação, Gráfico VI: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.

Ho: Igualdade entre as médias das Dimensões devido à Faixa em Anos no Setor de Atuação.

Anova: fator único

RESUMO					
<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>	
geral	4	11,82	2,96	0,17	
até 1 ano	4	11,86	2,97	0,11	
1 a 3 anos	4	11,67	2,92	0,19	
3 a 5 anos	4	12,12	3,03	0,18	
5 a 7 anos	4	11,72	2,93	0,15	
7 a 9 anos	4	11,83	2,96	0,28	
9 a 11 anos	4	14,42	3,60	0,35	
11 a 13 anos	4	10,86	2,72	0,32	
acima 13 anos	4	12,36	3,09	0,23	

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	1,87	8	0,23	1,06	0,42	2,31
Dentro dos grupos	5,95	27	0,22			
Total	7,83	35				

Como o valor de $F (1,06) < F \text{ crítico } (2,31) ==$ Aceita a Hipótese H_0 .

A tabela 10, na sequência, nos mostra a dispersão dos dados encontrados desta pesquisa.

Tabela 10: Resultado da dispersão das asserções validadas da dissertação, Gráfico VI: Médias das asserções validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Nº de asserções validadas	14
Dispersão	0,6

A tabela 11, consecutiva, expõe a confiabilidade obtida dos dados que foi calculada pela fórmula de Spearman – Brown e também pelo Alfa de Cronbach.

Tabela 11: Resultado da confiabilidade das asserções validadas da dissertação, Gráfico VII: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo Quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Cálculo pelo Coeficiente de Confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown:

Nº de asserções validadas	14
Confiabilidade	0,8

Cálculo pelo Coeficiente de Confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Alfa de Cronbach:

Nº de asserções validadas	14
Confiabilidade	0,7

Passaremos à discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa.

6. *DISCUSSÃO*

6 DISCUSSÃO

Conforme foi apontado no capítulo dos resultados, a construção da escala Likert usada nesta pesquisa teve como eixos de análise a faixa etária, ano de conclusão da graduação e tempo de experiência no referido hospital pesquisado. O gráfico 07, na sequência, nos mostra os setores aos quais pertenciam os respondentes. Em relação às UTIs, tivemos enfermeiros que atuavam na UTI Cardiologia, UTI Clínica Médica, UTI Convênio, UTI Geral, UTI Nefrologia, UTI Neurologia, UTI Pneumologia, UTI Retaguarda do Pronto Socorro e Unidade de Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca. O presente estudo foi implementado nesses setores críticos, por possuírem maior índice de potencial doador sob o diagnóstico de morte encefálica, concluído ou em andamento (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

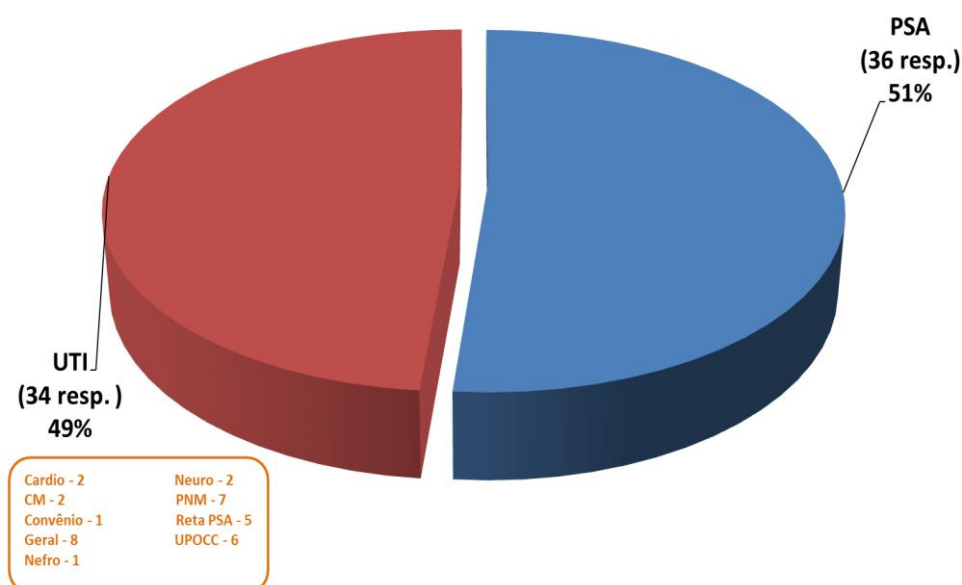


Gráfico 7: Perfil da População Amostral, quanto à distribuição por setor de atuação no Hospital, da dissertação Gráfico VI: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

No gráfico 8, observamos a distribuição dos enfermeiros quanto à faixa etária, em que 71% da população estão entre 25 a 39 anos.

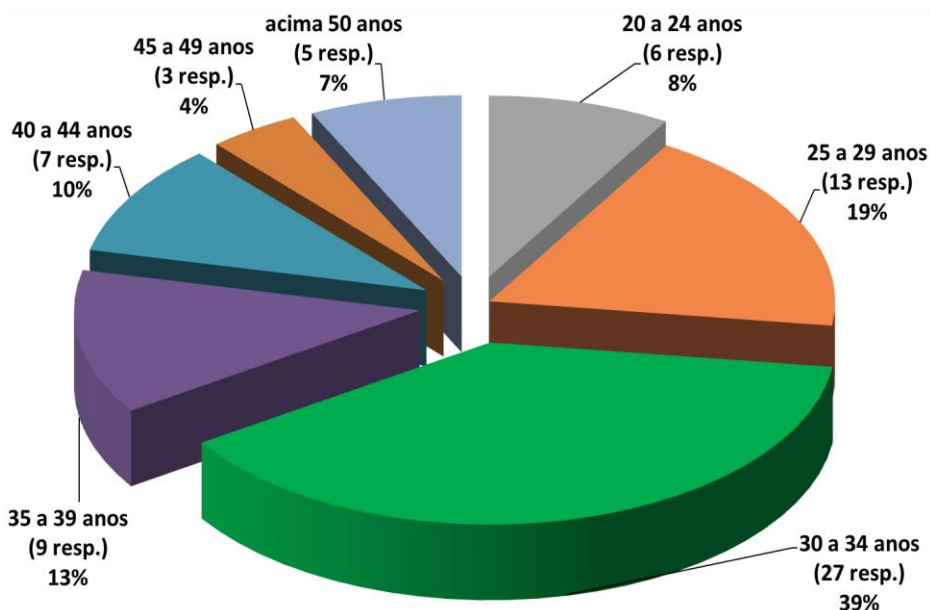


Gráfico 8: Perfil da População Amostral quanto à distribuição por faixa etária, da dissertação Gráfico VII: Médias das asserções validadas, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Já no gráfico 9, subsequente, percebemos que 7% dos enfermeiros formaram-se entre 2000 a 2004; 20%, entre 2005 a 2009; 39% entre 2010 a 2014 e, por último, 34% entre 2015 a 2019.

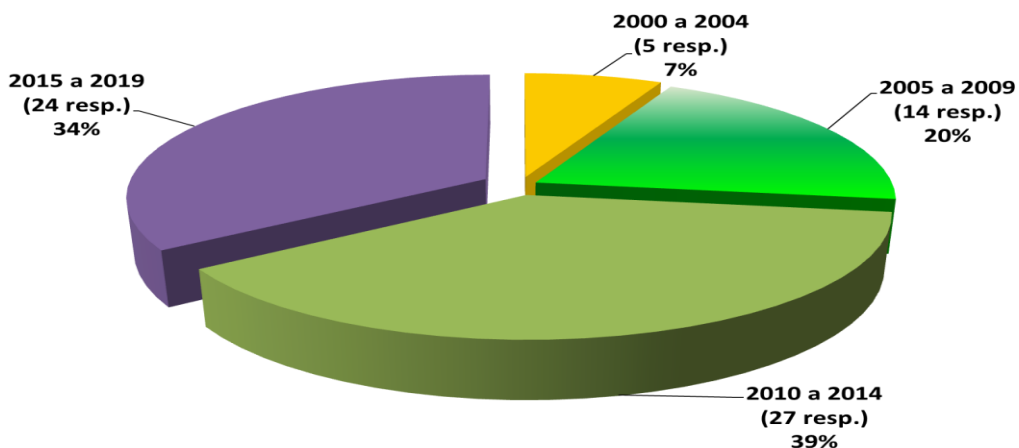


Gráfico 9: Perfil da População Amostral, quanto ao ano de formação, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Assim, podemos depreender que 27% desta população têm entre 20 até 11 anos; 39%, de 10 a 6 anos e 34% de 5 a 1 ano de experiência em urgência e emergência.

Por se tratar de uma área de extrema complexidade, o tempo de manejo com todos os aspectos afeitos à ME e ao transplante de órgãos é de suma importância no desenvolvimento da assistência. Percebe-se, entretanto, que a formação do enfermeiro é generalista e, portanto, não proporciona conhecimentos teórico-práticos específicos que contemplem as minúcias da assistência aos pacientes críticos (SANTOS; SILVA; GOMES et al., 2019).

Santos et al. (2019), em sua pesquisa com enfermeiros de unidades de Urgência e Emergência, trazem como embasamento científico que a assistência aos pacientes críticos é permeada pelo sentimento de insegurança relacionado às especificidades do atendimento no setor crítico e/ou às peculiaridades do usuário, e esse sentimento diminui na medida em que o profissional de saúde adquire experiência no setor de Urgência e Emergência, podendo relacionar-se ao Gráfico 11 desta pesquisa, exposto logo adiante, o qual registra o tempo de atuação dos enfermeiros em seus respectivos setores.

Exigem-se, no processo de trabalho em setores críticos, conhecimentos e capacitação específicos, além de celeridade, uma vez que o atendimento precisa ser realizado com base nos rigores técnico e científico, devendo ocorrer em tempo apropriado para a intervenção (SANTOS; SILVA; GOMES et al., 2019).

O gráfico 10, consecutivo, demonstra o perfil da população amostral por faixa de ano de conclusão da graduação.

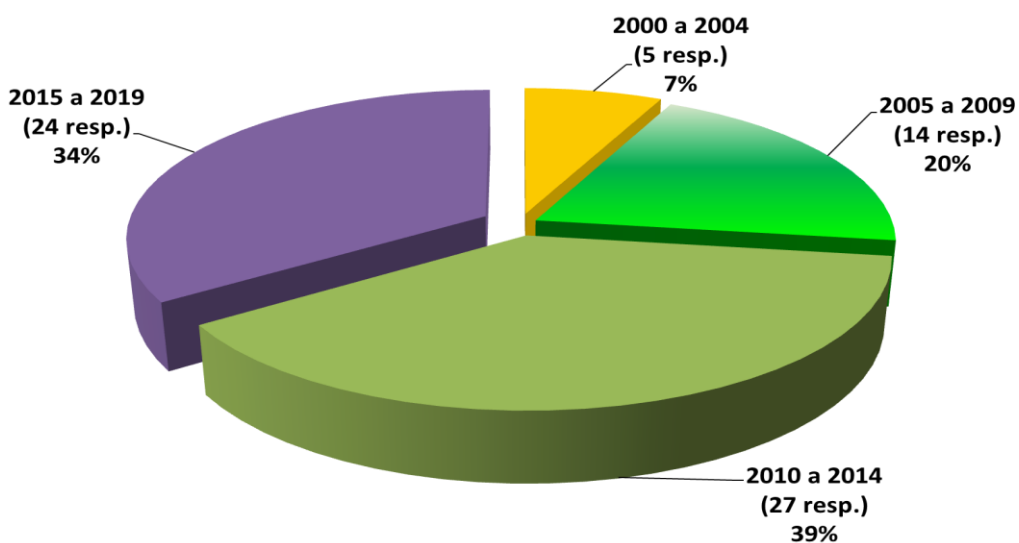


Gráfico 10: Perfil da População Amostral quanto à distribuição por faixa de ano de conclusão da graduação, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Quanto ao tempo de atuação no setor do hospital, o gráfico 11, a seguir, apresenta o perfil da população amostral.

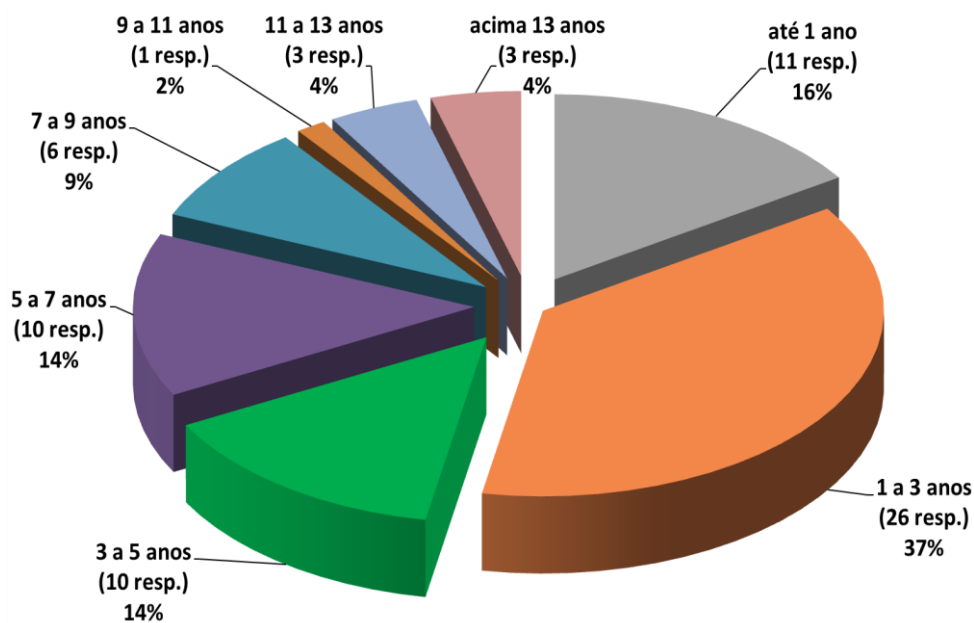


Gráfico 11: Perfil da População Amostral quanto à distribuição por tempo de atuação no setor no hospital da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

O gráfico 10, retroexposto, corrobora o aspecto apontado anteriormente relativo à experiência, pois podemos evidenciar que 67% dos enfermeiros têm até 5 anos de experiência no HSP, e 33% de 6 a mais de 13 anos.

A validação quanto à dispersão revelou consistência quanto à validação de conteúdo exposta anteriormente, e tivemos a perda de nove assertivas, o que fez 39,1% e a literatura (FERREIRA, 2004; 2013; MORAES, 2012; MOURÃO et al., 2020) recomenda até 40%.

Contudo é fundamental destacar que tais assertivas não foram validadas estatisticamente, visto que se configuraram como “consensos positivos” que evidenciam acertos e “negativos” que, ao contrário, desvelam aspectos a serem melhorados. Nesta pesquisa, das nove assertivas, tivemos oito configurando consensos positivos, e uma com consenso negativo; por apresentarem aspectos assertivos e desafios a serem considerados, todas serão discutidas qualitativamente, dada a sua contribuição para a melhor compreensão dos dados obtidos (FERREIRA, 2004; 2012; 2013; 2017; 2019; 2020).

O quadro 1, na sequência, apresenta as dimensões e suas respectivas assertivas validadas estatisticamente.

Como podemos observar, três das quatro dimensões ficaram numa zona de atenção, o que sinaliza que há desafios a serem alcançados. Foram elas:

- Dimensão D1 - Diagnóstico de Morte Encefálica;
- Dimensão D3 – Enfrentamento do Enfermeiro em relação à Morte;
- Dimensão D4 – Formação do Graduando em Enfermagem quanto à ME e Cuidados com o potencial doador.

Quadro 1: Dimensões com as médias finais das asserções validadas da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

Dimensões	Assertivas validadas	Média
Dimensão D1: DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA (ME)	01, 13, 17, 21	2,75
Dimensão D2: CUIDADO COM O POTENCIAL DOADOR	02, 18, 23	3,56
Dimensão D3: ENFRENTAMENTO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À MORTE	03, 11, 15	2,88
Dimensão D4: FORMAÇÃO DO GRADUANDO EM ENFERMAGEM QUANTO À ME E CUIDADOS COM O POTENCIAL DOADOR	04, 08, 12, 16	2,63

A Dimensão “D2 - Cuidado Com o Potencial Doador” ficou numa zona de conforto, expressando a presença de assertividades no cuidado prestado nesse importante campo de atuação dos enfermeiros. Já as demais ficaram numa zona de atenção, conforme ilustrado no gráfico 12, como segue.

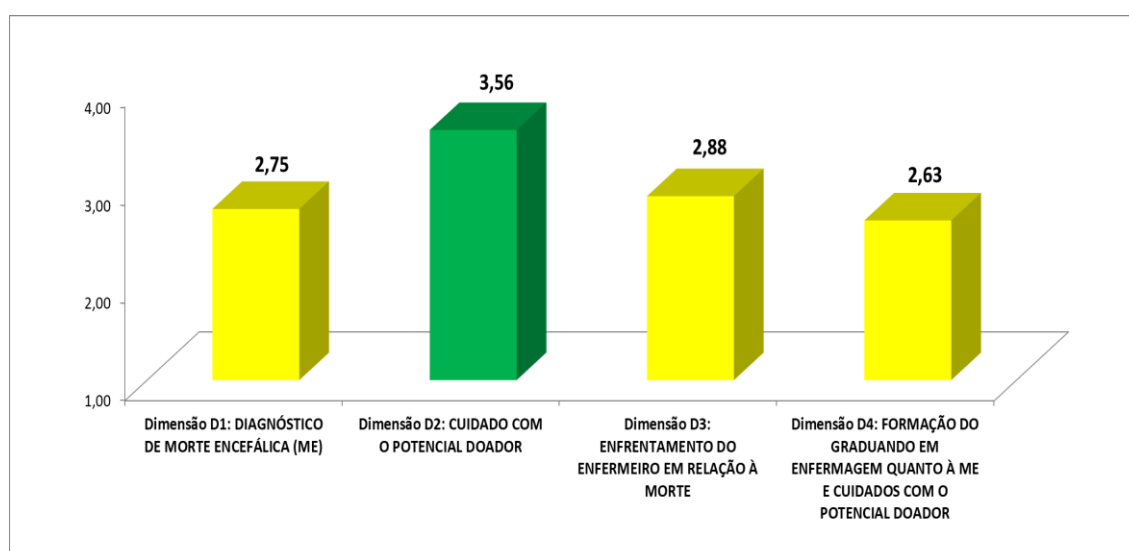


Gráfico 12: Perfil Geral Atitudinal por Dimensão da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.

Passaremos à análise de cada dimensão e suas respectivas asserções. Ao olharmos para a dimensão D1, que abordou o diagnóstico de ME, podemos interpretar que a mesma foi composta por quatro assertivas, classificando-se como uma zona de atenção com 2,75 pontos.

O gráfico 12, mais adiante, mostra a dimensão D1 - Diagnóstico de Morte Encefálica (ME) e esta foi composta pelas asserções A1, A13, A17 e A21 e foram aplicados quatro pontos para a concordância plena - CP para todas.

Nas asserções 1 e 13, os respondentes mostram-se inclinados à concordância, evidenciando um conhecimento adequado e atualizado com o prescrito no Protocolo Nacional de Morte Encefálica.

Ambas, respectivamente, sustentaram que “A1 - No Protocolo Nacional para Morte Encefálica (ME), o Potencial doador deve apresentar-se, necessariamente, com Glasgow 3, sem sedação e bloqueadores neuromusculares, sem hipotermia, sem distúrbios metabólicos graves, com a causa do coma identificada, no período mínimo de seis horas de observação e tratamento em ambiente hospitalar” e “A13 - Os exames complementares de imagem, como tomografia de crânio, ressonância de crânio, angiografia cerebral, eletroencefalograma, doppler transcraniano e cintilografia são necessários e de peso equivalente no fechamento do diagnóstico de ME”.

De acordo com a Resolução nº 2.173 de 23 de novembro de 2017, que define os critérios para o diagnóstico de morte encefálica, um período mínimo de observação e tratamento intensivo em ambiente hospitalar de seis horas após o estabelecimento do coma, deverá ser respeitado. Quando a encefalopatia hipóxico-isquêmica for a causa primária do quadro, deverá ser aguardado um período mínimo de 24 horas após a parada cardiorrespiratória ou reaquecimento na hipotermia terapêutica antes de iniciar a determinação de ME.

Em relação aos exames complementares, segundo ainda a resolução citada no parágrafo anterior, um exame complementar compatível com ME realizado na presença de coma não perceptivo, previamente ao exame clínico e teste de apneia para determinação da ME, poderá ser utilizado como único exame complementar

para essa determinação, o qual é obrigatório para demonstrar, de forma inequívoca, a ausência de perfusão sanguínea ou de atividade elétrica ou metabólica encefálica e obtenção de confirmação documental dessa situação. A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e as disponibilidades locais, devendo ser justificada no prontuário, sendo de peso equivalente para o fechamento do diagnóstico de ME.

No gráfico 13, subsequente, consta o perfil atitudinal da dimensão D1: Diagnóstico de Morte Encefálica (ME).

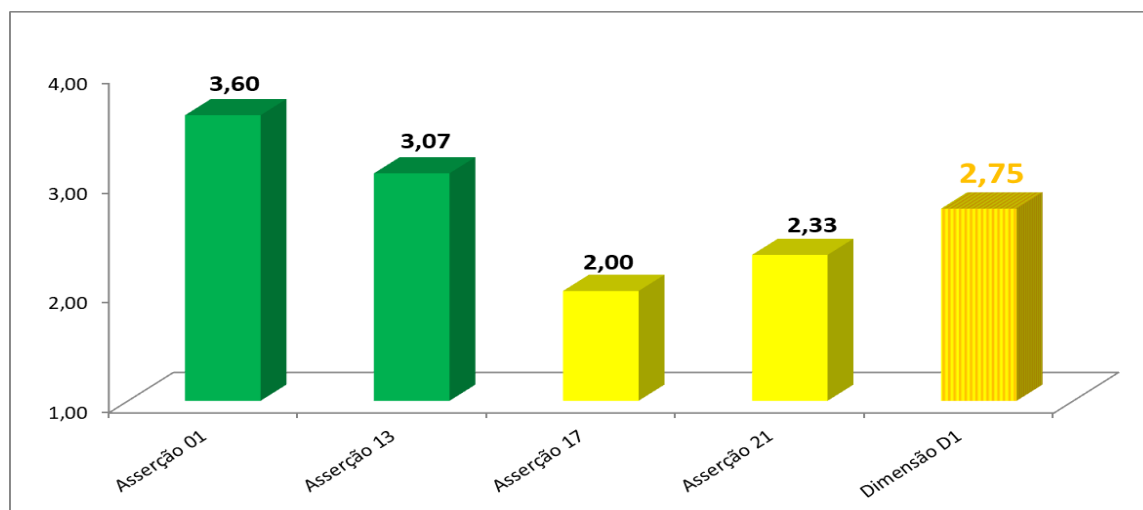


Gráfico 13: Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Diagnóstico de Morte Encefálica (ME) da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

As assertões A17 e A21, ambas com quatro pontos para CP, demonstram que os respondentes desconhecem a Resolução nº 2.173 de 23 de novembro de 2017 ao se mostrarem alinhados com a inclinação de discordância – ID. Afirmou-se que “A17 O Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou que pacientes com suspeita de morte encefálica deverão ser observados e tratados por no mínimo seis horas antes do início do protocolo que confirma ou não a falta de atividade cerebral. Após passada a confirmação da ME, não será mais possível que o paciente fique no hospital com os aparelhos ligados” e “A21 Os exames clínicos para o diagnóstico de ME testam os reflexos dos pares de nervos cranianos. A impossibilidade de realizar

um dos reflexos, como nos casos de uma perfuração timpânica ou lesão grave do globo ocular, inviabiliza o prosseguimento do protocolo”.

De acordo com a Resolução nº 2.173 de 23 de novembro de 2017, para embasamento científico da A17, o potencial doador deve ser submetido a um período mínimo de observação e tratamento intensivo em ambiente hospitalar de seis horas após o estabelecimento do coma. Após constatada a ME, o médico tem autoridade ética e legal para suspender procedimentos de suporte terapêutico em uso e assim deverá proceder, exceto se o potencial doador se tornar um doador de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano para transplante, quando deverá aguardar a retirada dos mesmos (Resolução CFM nº 1.826/2007). Essa decisão deverá ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a ME aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentado e registrado no prontuário.

No que concerne ao exame clínico, tal resolução propõe que se deve fazer otoscopia prévia para constatar a ausência de perfuração timpânica ou oclusão do conduto auditivo externo por cerume. Na presença de alterações morfológicas ou orgânicas, congênitas ou adquiridas, que impossibilitam a avaliação bilateral dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico ou vestibulo-calórico, sendo possível exame em um dos lados, e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas, orgânicas, congênitas ou adquiridas, dar-se-á prosseguimento às demais etapas para a determinação de ME. A causa dessa impossibilidade deverá ser fundamentada no prontuário. Pode-se concluir que, havendo perfuração timpânica bilateral ou lesão grave do globo ocular bilateral, fica inviabilizado o prosseguimento do protocolo de diagnóstico de morte encefálica.

Como dito anteriormente, as asserções não validadas foram consideradas por se constituírem indicadores importantes quanto aos acertos e desafios do objeto pesquisado.

Nesta dimensão, tivemos a asserção A5, em que se afirmou que “A notificação de um diagnóstico de morte encefálica à Secretaria Estadual de Transplante é uma das funções privativas da equipe de Enfermagem”, com quatro pontos para a CP e com a inclinação dos respondentes à concordância com 3,24 pontos. Podemos ver que os enfermeiros de setores críticos têm o conhecimento de

que qualquer profissional de saúde, técnico de Enfermagem, enfermeiro ou médico, podem notificar o diagnóstico de morte encefálica à Secretaria Estadual de Transplante.

Em relação à A9, com quatro pontos para a CP, seu teor é: “Após a identificação de um potencial doador, necessariamente, além do exame clínico, que deve ser realizado por dois médicos diferentes, com um intervalo mínimo de seis horas entre o primeiro e o segundo para pacientes maiores que dois anos, este paciente também deve ser submetido a um teste de apneia e a um exame complementar”. Os respondentes expressaram discordância plena, evidenciando conhecimento da Resolução nº 2.173 de 23 de novembro de 2017, que prevê um período mínimo entre o primeiro e o segundo exame clínico de uma hora.

Como síntese dessa dimensão, podemos inferir:

- Os respondentes mostram-se cientes de que o potencial doador deve apresentar-se, necessariamente, com Glasgow 3, sem sedação e bloqueadores neuromusculares, sem hipotermia, sem distúrbios metabólicos graves, com a causa do coma identificada, no período mínimo de seis horas de observação e tratamento em ambiente hospitalar;
- Demonstraram também que os exames complementares de imagem, como tomografia de crânio, ressonância de crânio, angiografia cerebral, eletroencefalograma, doppler transcraniano e cintilografia são necessários e têm peso equivalente no fechamento do diagnóstico de ME, conforme descrito no Protocolo Nacional para Morte Encefálica (ME);
- Contudo evidenciaram desconhecimento quanto à Resolução CFM nº 1.826/2007, a qual reitera que pacientes com suspeita de morte encefálica deverão ser observados e tratados por, no mínimo, seis horas antes do início do protocolo que confirma ou não a falta de atividade cerebral, mas, a critério médico, poderão permanecer no hospital na condição de potencial doadores de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano para transplante, aguardando a retirada dos mesmos ou a recusa à doação. Essa decisão deverá ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a ME aos familiares do

paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário. Após passada a confirmação da ME, não será mais possível que o paciente fique no hospital com os aparelhos ligados.

- Revelaram desconhecimento também no que se refere à realização de otoscopia prévia para constatar a ausência de perfuração timpânica ou oclusão do conduto auditivo externo por cerume. Na presença de alterações morfológicas ou orgânicas, congênitas ou adquiridas, que impossibilitam a avaliação bilateral dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico ou vestíbulo-calórico, sendo possível exame em um dos lados, e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas, orgânicas, congênitas ou adquiridas, dar-se-á prosseguimento às demais etapas para determinação de ME, conforme Resolução CFM nº 1.826/2007.
- Apresentaram IC com 3,4 pontos no sentido de que o processo de notificação de um diagnóstico de morte encefálica à Secretaria Estadual de Transplante não é uma função privativa da equipe de Enfermagem.
- Por último, demonstraram conhecimento sobre a atual Resolução 2.173 de 23 de novembro DE 2017, que traz como período mínimo entre o primeiro e o segundo exame clínico de uma hora e não de seis horas como sustentado na asserção.
- Podemos inferir que o compartilhamento desta nova Resolução entre os enfermeiros e técnicos de Enfermagem é necessário para a atualização dos mesmos, revertendo em uma qualificação da assistência prestada.

O gráfico 14, a seguir, apresenta a percepção dos respondentes sobre os cuidados com o potencial doador e foi a dimensão que ficou numa zona de conforto com 3,56 pontos, evidenciando a assertividade das práticas desenvolvidas pela população pesquisada.

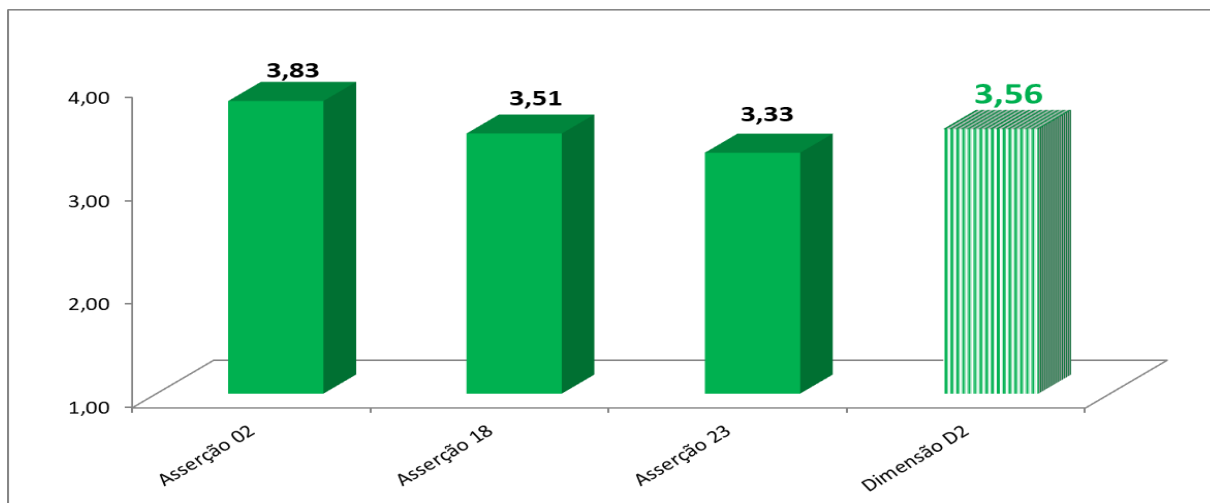


Gráfico 14: Perfil Atitudinal da Dimensão - D2: Cuidado com o Potencial Doador, da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

A dimensão D2 foi composta pelas asserções A2, A18 e A23 e foram atribuídos quatro pontos para a CP a todas elas.

Respectivamente, com quatro pontos para CP, afirmou-se que “Considerando o transplante como uma forma eficaz de tratamento para doenças crônicas, os cuidados com o potencial doador são de extrema relevância para o seu sucesso”; “A hipotermia do potencial doador deve ser revertida por meio de mantas térmicas e infusão de líquidos aquecidos, tarefas de responsabilidade da equipe de Enfermagem” e “Monitorizar a glicemia capilar a cada seis horas e iniciar o protocolo de insulina se a glicemia for > 180 mg/dL é uma tarefa necessária a ser executada pela equipe de Enfermagem no caso de um potencial doador”.

Os respondentes postaram a concordância, evidenciando um manejo assertivo quanto à assistência para um potencial doador. Pode-se interpretar que, pelo fato de o Hospital São Paulo ser um Hospital Universitário e um dos mais importantes centros de referência em alta complexidade do País, pela grande quantidade de procedimentos, bem como pela qualidade dos profissionais de saúde envolvidos, a assistência, o cuidado, vai progressivamente sendo aprimorado.

O atendimento diário em seu Pronto-Socorro/Pronto-Atendimento gira em torno de mais de 1.200 pacientes, sendo responsável, na Grande São Paulo, pela

cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões de habitantes, além de atender pacientes oriundos de outros municípios e estados da federação.

Além da missão de prestar assistência à saúde à população brasileira por meio do Sistema Único de Saúde, o HSP também se destaca pelo desenvolvimento de pesquisas clínicas, com vasta produção científica nacional e internacional, e a formação de recursos humanos imprescindíveis para a qualidade do próprio SUS, sendo campo de ensino e treinamento da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), colaborando para a formação e capacitação de profissionais de saúde.

Cerca de 75% dos docentes da UNIFESP (Campus São Paulo, Vila Clementino) exercem atividades nas unidades assistenciais do HSP, agregando eficiência e excelência ao atendimento. Com 743 leitos, o HSP destina 651 leitos para adultos e 92 para a Pediatria, subdivididos em 121 leitos de UTI e Semi-intensiva, 51 leitos de Emergência, 510 leitos de Unidades de Internação e 61 leitos de Hospital-dia (HISTÓRICO, UNIFESP, 2021).

Sendo assim, recebe anualmente alunos do programa de Residência Multiprofissional em Transplante e Captação de Órgãos que dispõe de vagas para graduados em Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Farmácia, o que contribui para a constante atualização dos profissionais nos setores em que prestam assistência aos pacientes no que se refere a cuidados com potenciais doadores.

Nesta dimensão, não foram validadas por consenso positivo as asserções A6, A10, A14 e A22, todas com quatro pontos para CP e, respectivamente, afirmaram que “O manejo dos distúrbios endócrino-metabólicos como o controle da diabetes insipidus é um fator importante no cuidado ao potencial doador”; “A realização adequada de técnicas assépticas é imprescindível durante o cuidado ao potencial doador, pois a presença de algumas infecções contraindica o transplante”; “Os cuidados oferecidos ao potencial doador devem ser compatíveis com os oferecidos a um paciente vivo” e “Garantir a oxigenação do potencial doador, através da ventilação mecânica, é uma estratégia protetora com os órgãos a serem doados”. Em todas essas asserções, evidenciou-se a IC entre os participantes.

Sobre o manejo dos distúrbios endócrino-metabólico, durante a evolução para a morte encefálica (ME), ocorrem diversas alterações fisiológicas como resposta à perda das funções do tronco cerebral. Metabolicamente, há aumento do gasto energético e da gliconeogênese. Esta é consequência da maior resistência à insulina nos tecidos periféricos e da diminuição da liberação de insulina pelo pâncreas, resultando em hiperglicemia (WESTPHAL et al., 2011).

Na progressão do quadro, há a disfunção do eixo hipotálamo-hipofisário, levando ao diabetes insipidus, com ausência do hormônio antidiurético, resultando em distúrbios hidroeletrólíticos severos. O manejo desses distúrbios endócrino-metabólicos é importante para garantir a boa contratilidade cardíaca e estabilidade hemodinâmica (WESTPHAL et al., 2011).

Segundo Carvalho e Guerreiro Reis (2018), os principais cuidados de Enfermagem em relação ao potencial doador que apresenta diabetes insípido são:

- Monitorar o equilíbrio hidroeletrólítico.
- Avaliar a ingesta e o débito a cada hora.
- Avaliar os resultados de laboratório: eletrólitos séricos e urinários.
- Monitorar frequência respiratória, pressão arterial e frequência cardíaca.
- Ausculta pulmonar – avaliar a presença de estertores pulmonares.
- Monitorar a Pressão Venosa Central (PVC).
- Avaliar nível de desidratação: turgor cutâneo, mucosas, nível de consciência e orientação temporal e espacial.

No que diz respeito à realização adequada de técnicas assépticas a fim de evitar a contaminação do potencial doador, a infecção afeta os órgãos através da invasão e multiplicação de micro-organismos nocivos que o organismo não consegue combater, e a intensidade da mesma depende da espécie e virulência desse micro-organismo. Nos potenciais doadores, é ainda mais importante preveni-la, visto que a síndrome da ME já é um estado inflamatório, havendo a ativação de

mediadores inflamatórios como complemento, tromboxanos e fatores leucocitários, que, à medida que o tempo passa, acarreta contínua infiltração inflamatória nos tecidos, o que aumenta a imunogenicidade dos enxertos e são detectados altos níveis de citocinas pró-inflamatórias em diversos órgãos, que desencadeiam e amplificam a resposta imunológica aguda no receptor (BECKER et al., 2014).

A atuação da Enfermagem para a prevenção de infecção envolve, entre outros, um maior rigor na adesão de princípios de assepsia na execução de procedimentos, principalmente a lavagem das mãos, percebida no discurso. No caso de infecção presumida ou comprovada, é indicada a administração de antibióticos. Como também é de grande relevância a prevenção de lesões por pressão e tomada de medidas universais de precauções de infecções (BECKER et al., 2014).

Becker et al. (2014) esclarecem que os principais cuidados de Enfermagem a fim de prevenir a infecção do potencial doador são:

- Assepsia correta das mãos, conforme as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde;
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (touca, óculos, máscara, avental e luvas);
- Uso de produtos antissépticos e materiais descartáveis estéreis, como o álcool 70, seringas e agulhas.
- Efetuar antissepsia da pele do paciente;
- Não reaproveitar substâncias e materiais descartáveis;
- Fazer a esterilização, assepsia, limpeza e acondicionamento adequado dos equipamentos;
- Descartar de forma adequada os resíduos de saúde;
- Atender às normas sanitárias vigentes para estabelecimentos de saúde estética;

- Manter cabelos presos, barba feita, unhas aparadas e higienização corporal;
- Não usar adornos durante a realização de procedimentos.

É de grande importância enfatizarmos os cuidados oferecidos ao potencial doador, os quais devem ser compatíveis com os oferecidos a um paciente vivo; podemos citar de imediato que garantir a oxigenação do potencial doador, por meio da ventilação mecânica, é uma estratégia protetora com os órgãos a serem doados, associando-se, assim, as asserções A14 e A22, que mostram IC dos respondentes.

É notório que a Enfermagem desenvolve um papel de suma importância nesse cenário, pois a assistência adequada é imprescindível para a efetivação do sucesso da doação. O diagnóstico de Enfermagem tornou-se muito importante, uma vez que é por meio dele que o enfermeiro prescreve cuidados de Enfermagem que farão a total diferença na manutenção do potencial doador (COSTA et al., 2018).

A prescrição de Enfermagem, relacionada aos cuidados com o potencial doador, envolve a manutenção da pressão arterial e da pressão venosa central, executada por via do manejo de líquidos e drogas; manejo da temperatura por meios físicos; cuidados com córneas por meio de higienização e proteção com gaze umedecida; necessidade de manter dieta enteral e elevação de cabeceira à 30°; manuseio ventilatório com gasometrias frequentes, aspiração do tubo orotraqueal e manejo da pressão intrabalonete; ações de prevenção de infecção; avaliação periódica dos acessos, como cateteres; mensuração dos sinais vitais; monitorização eletrocardiográfica com manejo de parada cardiorrespiratória (CAVALCANTE et al., 2014; COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016; COSTA et al., 2018).

Segundo o Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos, Curitiba: SESA/SGS/CET (2018), as principais manutenções do potencial doador consistem em:

➤ **Temperatura corporal:**

- Manter temperatura central > 35°C, idealmente entre 36 e 37,5°C;
- Reverter a hipotermia – aquecer o ambiente, usar mantas térmicas, infundir líquidos aquecidos;

➤ **Suporte hemodinâmico:**

- Monitorizar a pressão arterial de forma invasiva;
- Manter PAM > 65 ou PAS > 90 mmHg;

➤ **Suporte ventilatório:**

- Ventilar todos os pacientes utilizando estratégia protetora;

➤ **Suporte endócrino-metabólico:**

- Manter suporte nutricional enteral de 15 a 30% das necessidades diárias;

➤ **Suporte hematológico:**

- Analisar hemograma do potencial doador e orientar equipe médica sobre a necessidade de transfusão de hemácias se Hb ≤ 7 g/dL.

➤ **Aspectos infecciosos:**

- Coletar culturas sempre que houver suspeita de infecção.

Como síntese dessa dimensão, podemos inferir:

- A constatação da ME é extremamente rígida, com vários passos muito bem definidos e que envolvem intensamente a participação do enfermeiro. Os respondentes evidenciaram um manejo assertivo quanto à assistência para um potencial doador. Pode-se inferir que a qualidade e a quantidade de procedimentos realizados no Hospital São Paulo, referência para a maior cidade do País, contribuem para uma atuação de excelência dos enfermeiros.
- A presença de vários cursos de pós-graduação se soma a esse cenário, estimulando também a perspectiva de um trabalho interprofissional, necessidade absoluta para o trabalho em saúde neste novo século.

A dimensão D3, traduzida no gráfico 15 a seguir, buscou identificar a percepção dos enfermeiros quanto ao enfrentamento da morte, obtendo 2,88 pontos, o que evidencia desafios a serem superados.

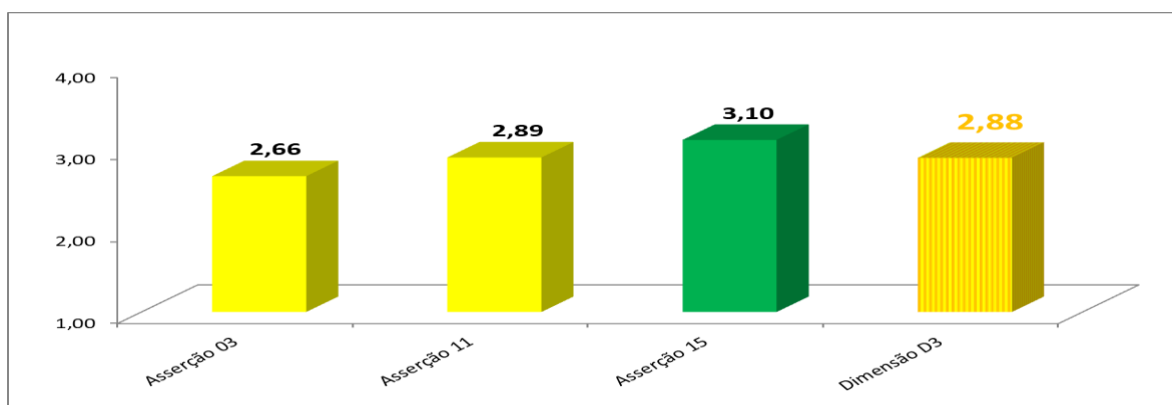


Gráfico 15: Perfil Atitudinal da Dimensão - D3: Enfrentamento do Enfermeiro em relação à Morte da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020

As asserções que compuseram a dimensão D2 intitulada “Enfrentamento do Enfermeiro em relação à Morte” foram A3, A15, sendo a A3 e A15 com quatro pontos para a CP e A11 com um ponto para a CP.

Na asserção A3, afirmou-se que “Ao longo da sua graduação você reconhece ter recebido conhecimento adequado sobre como o enfermeiro deve se portar diante da morte de um paciente” e os respondentes ficaram inclinados a discordar - ID.

Silva (2007) avalia de forma clara que faltam conteúdos curriculares sobre o tema apresentado durante o processo formativo do enfermeiro, reportando em seu estudo que 63% dos entrevistados responderam não terem tido aula sobre o tema doação de órgãos e, quando questionados sobre morte encefálica, 64% apresentaram incorretamente o conceito, 19% a definiram de modo incompleto e apenas 17% definiram corretamente tal evento. Esses dados vão ao encontro dos achados em outros estudos, como o de Mendes (2012) e Moraes (2008), que manifestaram preocupação com o preparo dos futuros enfermeiros que, possivelmente, atuarão nesta área.

Em relação à abordagem familiar sobre a temática morte, Sousa et al. (2009); Shimizu, (2007) discorrem sobre a referência que a equipe de Enfermagem assume ao longo do cuidado prestado, não só no que diz respeito ao paciente, mas também como norte para a família, quando precisam de explicações, amparo, cuidado físico e psicológico.

Tal afirmação levou os respondentes a mostrarem-se inclinados à concordância (IC) na asserção A11 “A morte costuma ser um tema de difícil abordagem, pois envolve questões complexas como religião, a sensação de perda, sentimento de tristeza e de solidão. ”

Fonseca et al. (2016, p. 75) consideram que:

Questões como as que emergiram nesse estudo, que envolvem a falta de um ambiente reservado para a realização das entrevistas familiares, equipe acolhedora e profissionais capacitados, representam obstáculos a serem transpostos pelo País que possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Os manejos das situações difíceis trazidas pelos participantes, demonstraram que estes usam grande parte de recursos não somente técnicos, mas principalmente, próprios/subjetivos de enfrentamento, estando a relação com as emoções em destaque, seja com os familiares do

potencial doador, seja com a equipe da unidade notificadora ou mesmo consigo mesmos na atividade da entrevista familiar. Deste modo, é relevante atentar para a formação/educação emocional destes profissionais que lidam frequentemente com dilemas morais e que enfrentam em suas realidades laborais constantes desafios em prol da causa da doação de órgãos.

Aspectos como longevidade em contraponto com um aumento significativo de mortes por causas externas, incluídos os acidentes terrestres e violência entre eles, aumentam a mortalidade entre pessoas mais jovens e este fato foi considerado pelos respondentes como uma perspectiva mais dolorosa de enfrentamento da morte (GONZAGA, 2012).

Na asserção A15, afirmou-se que “A morte de pessoas jovens costuma impactar mais fortemente os profissionais de saúde como enfermeiros, porque eles se sentem-se impotentes no impedimento de uma interrupção precoce de uma vida” e os enfermeiros tenderam à concordância, corroborando o exposto anteriormente. A morte passa, portanto, por vários enfoques e o enfermeiro tem de estar preparado para essa perspectiva.

Siqueira et al. (2018) fizeram uma revisão integrativa sobre o enfrentamento dos profissionais de saúde, mais detalhadamente da Enfermagem, em relação ao processo de morte e morrer. Os autores discorrem sobre o quão presente a morte está em nosso dia a dia e, principalmente, no dos profissionais de saúde, levanta questões desde a falta de conteúdos programáticos que abordem tal tema durante a graduação, até a falta de capacitação aos profissionais sobre como lidar com o evento morte durante a atuação no ambiente profissional.

Sobre o processo de morte e morrer, Siqueira et al. (2018, p. 290) salientam que:

A palavra “morte” é associada seguidamente a sentimentos como dor, sofrimento, separação e perda. Com isso, a sociedade contemporânea tende a fugir deles e a esquivar-se do tema morte, fazendo dela um tabu. Dessa forma, os profissionais de saúde, que são treinados para salvar vidas, sentem-se fracassados com a perda de seus pacientes e afastam-se do doente terminal, com estratégias de enfrentamento através do distanciamento do processo de morte e morrer e, conseqüentemente, dos sentimentos associados a esse evento.

As considerações de Siqueira et al. (2018) convergem com o exposto no artigo de Souza et al. (2009), que reporta a vivência de enfermeiros que atuam no setor oncológico em relação ao processo de morte e morrer diante do cuidado prestado aos pacientes em fase terminal e/ou que progridem ao óbito. Inicia-se trazendo o câncer como ainda uma patologia que se reveste de estigmas, estando quase sempre associada a uma sentença de morte, podendo ocorrer de forma inesperada, em algum momento da vida de uma pessoa, que dificilmente encontra-se preparada para receber um diagnóstico que venha a interferir em seus hábitos, costumes, integridade física e ciclo biológico (SOUZA et al., 2009).

Souza et al. (2009) consideram também que a morte, apesar de inevitável em algum momento da vida o ser humano, não é uma questão simples de ser discutida, uma vez que, em nossa cultura, muitas vezes é representada pelo pavor e pela não aceitação. O estigma da morte encontra-se arraigado na mentalidade das pessoas, o que gera um pavor intenso, pois o ser humano não se sente preparado em lidar com a morte. Essa dificuldade está intimamente ligada ao instinto de sobrevivência humana. Devido a isso, morte ainda tem sido vista como um tabu, às vezes como tema interdito, podendo representar um sinônimo de fracasso profissional na sociedade ocidental, onde as pessoas procuram negá-la como se existencialmente a vida fosse dela dissociada (SOUZA et al., 2009).

A morte de pessoas atravessa o cotidiano do trabalho de profissionais de saúde e, muitas vezes, causa-lhes frustrações. Por isso, faz-se necessário problematizar os significados da morte e do morrer desde o momento da formação desses profissionais, pois esse tema ainda é pouco discutido no âmbito acadêmico. Siqueira (2018, p. 290) cita que:

Na graduação, poucos espaços promovem discussões acerca da morte, principalmente devido à fragmentação do ensino, com disciplinas que acabam treinando o olhar do estudante a visualizar um corpo, transformando-o em apenas órgãos, tecidos celulares e afastando o seu sentido de humanidade. Essa forma de ensino atenta apenas para a preservação da vida e torna os alunos futuros profissionais despreparados para os enfrentamentos relacionados à morte. Nesse sentido, é construída, ao longo da graduação, uma espécie de negação da morte, o que impede que o tema seja abordado de uma maneira mais sólida.

O mesmo autor questiona o processo de formação de profissionais de saúde:

... o método de ensino nas faculdades da área da saúde não condiz com as necessidades que serão encontradas posteriormente na prática, uma vez que há muitas discrepâncias em relação à teoria e à prática. Na enfermagem, por exemplo, o cuidado é voltado para técnicas e procedimentos, o que leva à diminuição da qualidade na assistência ofertada, principalmente no que se refere a cuidados de fim de vida. É evidente que métodos novos de ensino devem ser implementados nas faculdades para que os profissionais realizem uma assistência de forma integral e possam realizar uma prática humanizada (SIQUEIRA, 2018, p.294).

Gradativamente, na formação e depois na profissão, percebe-se que as práticas de saúde também seguem uma dimensão mais biológica e objetiva, embora as políticas tenham diretrizes que contemplem outras dimensões, tais como emocional, cultural, espiritual, social. Focar na dimensão biológica permite o distanciamento emocional do paciente que está em processo de fim de vida, de modo a manter a objetividade e o profissionalismo, bem como o controle sobre suas condutas (SIQUEIRA, 2018).

Mantendo o mesmo raciocínio do processo formativo do enfermeiro, Souza et al. (2009) avaliam que há uma lacuna no ensino de graduação, que muitas vezes não prepara o profissional para a dura rotina dos hospitais, local em que se convive constantemente com o sofrimento alheio, fazendo com que o enfermeiro deixe de assumir uma postura terapêutica nessas situações, sendo raro encontrar nos hospitais enfermeiros capazes de dialogar com a família e o moribundo, assistindo-os em suas necessidades psicológicas nos momentos que antecedem a morte. E que durante a graduação de Enfermagem, a abordagem do tema morte pode limitar-se muitas vezes ao caráter técnico, com valorização da manutenção da vida, podendo gerar assim algumas incertezas quanto ao preparo dos futuros enfermeiros em lidar com o processo de terminalidade de seus pacientes (SOUZA et al., 2009).

Temos então, como consequência, o despreparo para lidar com a morte que acaba sendo um dos principais motivos de frustração para os profissionais da saúde. A falta de capacitação durante a graduação para atuar com esse evento pode gerar uma série de sofrimentos na sua prática futura, pois estão condicionados a salvar vidas, são treinados para não falhar, para alcançar a cura. Diante disso, estão

expostos a grande estresse emocional, pois, quando não alcançam esses objetivos, sentem-se impotentes, enfrentando dificuldades em lidar com a morte (SIQUEIRA, 2018).

Além de lidar com a morte de um paciente, lidar com a família é um dos fatores mais difíceis para os profissionais de Enfermagem diante do processo de morte e morrer do paciente, devido ao fato de que são emersos diversos sentimentos, como angústia e impotência, que podem atrapalhar a assistência prestada à família. Portanto, a Enfermagem deve estar preparada adequadamente para atuar nesse tipo de situação a fim de que o profissional da saúde não se afaste da realidade do sofrimento que está sendo vivenciado, mas que saiba conduzir seu próprio luto, sem vivenciar a dor do outro (SIQUEIRA, 2018).

Esta empatia, sem vivenciar a dor de outro paciente ou de seu familiar, é de grande dificuldade para o profissional de saúde, uma vez que, conforme Siqueira (2018, p. 298):

Os profissionais de enfermagem possuem muitas recordações em relação às mortes dos pacientes, principalmente da primeira morte que vivenciaram, fazendo com que esta seja uma morte memorável, da qual muitos lembrarão os detalhes, tais como nome do paciente, idade, diagnóstico, entre outras peculiaridades que podem ficar profundamente marcadas no seu interior.

Vivenciar o processo de morte e morrer do paciente se torna mais difícil quando o evento propicia as lembranças em relação à morte de seus próprios entes queridos. Com isso, os estudantes de medicina tendem a se afastar de pacientes em fim de vida, a fim de evitar o sofrimento relacionado à sua perda pessoal (SIQUEIRA, 2018, p.299).

Experiências pessoais podem trazer lembranças acentuadas para a zona de trabalho, fazendo com que o profissional associe o processo de morte e morrer do paciente com seus entes queridos que estejam doentes. Assim, ficam fragilizados ao serem expostos à morte do paciente, pois podem emergir sentimentos de sofrimento que dificultam gerenciar suas emoções (SIQUEIRA, 2018, p.299).

Em relação ao ambiente de trabalho, Siqueira (2018) discute que é necessário que os gestores atuantes nas instituições possam atentar para os desafios que os profissionais enfrentam nas unidades de trabalho, promovendo a diminuição das tensões a partir do enfrentamento no dia a dia de trabalho. Também afirma que os gestores precisam promover melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde, de modo que estes também possam ser tratados com

humanização, com atenção para todas as suas necessidades, para que não fiquem adoecidos devido ao contexto de trabalho.

Siqueira (2018) ainda sugere, como medida de cuidados aos profissionais de saúde, a criação de grupos de diálogo entre estes profissionais, de modo que possam ter um espaço para expor suas frustrações, bem como a oferta de apoio psicológico para que possam cuidar da sua saúde mental.

No grupo das asserções não validadas, tivemos dois consensos positivos que dialogam com a percepção encontrada, contribuindo para a complexidade em se lidar com a finitude do ser humano e a necessidade de mais solidez de conhecimento em seu enfrentamento, foram elas respectivamente A7 e A19: “Aspectos como faixa etária, religião, grau de parentesco entre outros são desafios frequentes em relação à morte para a equipe de Enfermagem” e “Ao ter consciência da possibilidade de morte de seu parente, a família sofre e deixa aflorar em sua mente as lembranças de morte de outras pessoas, as comparações entre sofrimentos vividos e tentam compreender a temática morte. No contato com os enfermeiros, a família tenta expressar sua dor de diversos modos e o profissional deve acolhê-los com uma comunicação empática, clara e acolhedora”.

Siqueira (2018, p. 299) oferece uma perspectiva de superação desse desafio ao considerar que:

Os profissionais da saúde não estão efetivamente preparados para lidar com o processo de morte e morrer dos pacientes, principalmente pela falta de suporte durante a graduação e, posteriormente, pela falta de apoio nas instituições de serviço. A maioria dos estudos abordou a questão de que os profissionais sentem a falta de uma melhor atenção para o tema, principalmente em relação a estratégias de enfrentamento, pois se sentem desamparados para lidar diretamente com o processo de fim de vida. Nesse sentido, mais estudos devem ser realizados com um olhar que atente para os aspectos que levam os profissionais a fugirem da temática morte, para que passem a lidar de forma mais natural, sem ignorá-la a ponto de banalizá-la, nem senti-la de forma que lhes cause sofrimento, bem como para que a morte e o morrer possam ser compreendidos e façam parte do contexto de trabalho que deve ser vivenciado. Assim, o profissional de saúde poderá assistir o paciente de forma mais humanitária até no momento do fim da vida.

Como síntese dessa dimensão, temos:

- Os respondentes mostram-se inclinados a discordar da afirmação de que, ao longo de sua graduação, receberam conhecimento adequado sobre como o enfermeiro deve portar-se diante da morte de um paciente; apontam para a necessidade urgente da tratativa mais sólida sobre este tema ao longo do processo formativo.
- Demonstraram-se inclinados a concordar que a morte costuma ser um tema de difícil abordagem, pois envolve questões complexas, como religião, a sensação de perda, sentimento de tristeza e de solidão.
- Tenderam a concordar que em relação à morte de pessoas jovens; esta situação configura-se de difícil manejo, pois costuma impactar mais fortemente a família e a todos os envolvidos no cuidado. Os profissionais enfermeiros são, via de regra, o grande apoio da família, amigos e, portanto, precisam desenvolver uma capacidade empática e de resiliência muito maior que outros colegas da área.

O gráfico 16 reúne os dados referentes à dimensão D4 Formação do Graduando em Enfermagem quanto à ME e cuidados com o Potencial Doador da dissertação que também ficou na zona de atenção com 2,63 pontos.

Essa dimensão foi composta pelas asserções A4, A8, A12 e A16 e como asserção não validada estatisticamente tivemos a asserção A20.

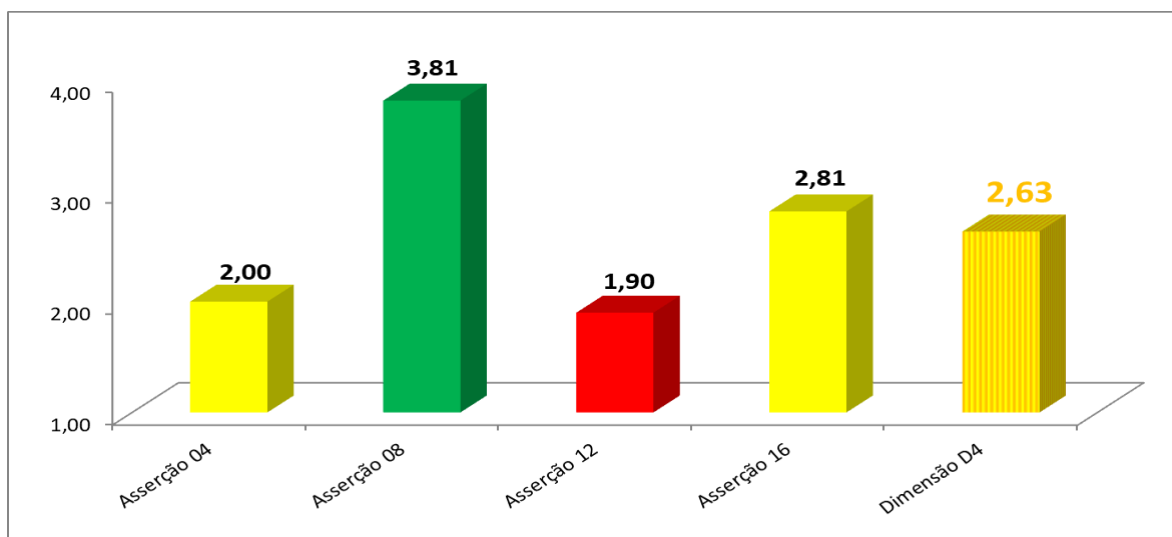


Gráfico 16: Perfil Atitudinal da Dimensão - D4: Formação do Graduando em Enfermagem quanto à ME e cuidados com o Potencial Doador da dissertação “Compreensão dos Enfermeiros que Atuam em Setores Críticos de Adulto do Hospital São Paulo quanto à Morte Encefálica e Transplante”, São Paulo - SP, 2020.

Como vimos anteriormente, a formação do enfermeiro não revelou solidez quanto aos conteúdos curriculares afetos ao manejo com a morte, bem como a ME e os potenciais doadores. Podemos inferir que é na prática, bem como por meio de cursos de qualificação como especializações, residências entre outros, que essa qualificação vai se construindo.

A prática e os treinamentos institucionais mostraram-se ferramentas importantes na qualificação do cuidado prestado pelos enfermeiros pesquisados. Nas asserções A4, A8 e A12, foram atribuídos quatro pontos para a CP e, respectivamente, afirmou-se que “O conhecimento oferecido na sua graduação sobre morte encefálica, doação e transplante de órgãos foi suficiente, permitindo-lhe um bom manejo nessas situações” Os respondentes revelaram-se inclinados à discordância (ID); na A8 apontou-se que “Os aspectos que envolvem a ME, doação e transplante de órgãos são complexos e demandam uma constante atualização técnica”, o que gerou nos enfermeiros a inclinação à concordância - IC, evidenciando a alta complexidade da assistência envolvida.

O transplante de órgãos humanos e a doação de órgãos são temas polêmicos que têm despertado interesse e discussões em várias comunidades. A falta de

esclarecimento, o noticiário sensacionalista sobre tráfico de órgãos, a ausência de programas permanentes voltados para a conscientização da população e o incentivo à captação de órgãos contribuem para alimentar dúvidas e arraigar mitos e preconceitos (MORAIS; MORAIS, 2012).

Atualmente, com a modificação dos critérios de morte, surgem o conceito de morte encefálica e a possibilidade de utilização de órgãos e tecidos do doador. Quando não há uma boa compreensão do processo da doação de órgãos, os familiares dos possíveis doadores sentem-se apreensivos, em dúvida e indecisos no momento da ocorrência, por ser um assunto sobre o qual não têm muito esclarecimento (MORAIS; MORAIS, 2012).

Quando falamos em educação como uma forma de incentivo à doação de órgãos, não devemos nos deter apenas na população. A educação dos profissionais de saúde, específica para a doação de órgãos, é fator decisivo, tanto para o refinamento técnico do transplante, quanto para a melhora do índice de captação de órgãos. Existem na literatura médica evidências de conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde brasileiros sobre o tema transplante de órgãos, o que pode justificar o baixo nível de captação de órgãos em nosso meio (MORAIS; MORAIS, 2012).

A crítica sobre o processo formativo da graduação em Enfermagem fica extremamente explícita, nesta pesquisa, ao registrarmos na asserção A12 que “A sua graduação proporcionou-lhe conhecimento suficiente para lidar com os familiares de um potencial doador” e os participantes colocaram-se discordando plenamente - DP e indo ao encontro da asserção A16 que apontou um aspecto de grande relevância, que é o manejo da doação com os familiares “A falta de competência técnica da equipe hospitalar na abordagem sobre a doação dos órgãos constitui-se um dos principais motivos de recusa familiar na doação de órgãos” com 1 ponto para CP e os participantes da pesquisa tenderam à inclinação à concordância – IC.

Em seu estudo de análise de dados secundários, Rosário et al. (2013) enfatizam que os principais motivos da recusa da doação de órgãos pelos familiares emergiram de fatores como: discordância entre familiares; desconhecimento sobre a

vontade do potencial doador; desejo de manter o corpo íntegro e medo da demora na liberação do corpo; falta de compreensão sobre o diagnóstico de morte encefálica e questão religiosa; descontentamento com o atendimento da equipe do hospital; respeito pela opinião do potencial doador, manifestada em vida, de não ser um doador de órgãos e desconfiança e medo de tráfico de órgãos (ROSARIO et al., 2013).

Sobre o descontentamento com o atendimento da equipe do hospital, Rosário et al. (2013, p.263) aprofundam que os relatos dos familiares indicam que ficaram insatisfeitos com o atendimento e negaram a doação como forma de repúdio pelo atendimento recebido. Falta, em muitos atendimentos, o repasse de informações sobre o que está acontecendo com o paciente. Essa falta de informação gera dúvidas e torna a doação impossível pelos familiares:

Quando eu cheguei para ver ela lá no pronto-socorro ninguém vinha falar comigo para falar do estado dela, só falavam que eu tinha que ter paciência e aguardar mais um pouco, ela passou a noite numa maca até conseguir uma vaga na UTI, agora não acho certo doar nada não. (Paciente 7).

Meu filho ficou na emergência e eu não podia entrar e ninguém me dava notícia dele, fiquei até nervoso com um rapaz lá embaixo porque ele falou que todo mundo estava ocupado e não tinha só meu filho lá para atender, a senhora não estava lá no meu lugar, se tivesse também não ia doar coisa nenhuma. (Paciente 8).

As situações de descontentamento com o atendimento no hospital representam a insatisfação dos familiares com a falta de informação e atenção por parte dos profissionais da saúde e também com a forma como foram tratados no decorrer das situações cotidianas no atendimento, o que nos traz, como embasamento, a necessidade de capacitação e domínio do profissional de saúde sobre o tema durante a abordagem familiar (ROSARIO et al., 2013).

Como síntese dessa dimensão, temos que:

- Os respondentes evidenciaram a falta de conteúdos na graduação acerca da ME e dos transplantes e sua alta complexidade;
- Reforçam essa percepção ao apontarem tais áreas como requeredoras de constante atualização técnica;
- O manejo com os familiares de um potencial doador foi o ponto mais crítico referido pelos enfermeiros, sendo um aspecto a ser destacado como o mais frequente na recusa da doação;
- Por último, evidenciaram que o profissional entrevistador quanto a uma eventual doação deve ser qualificado, sendo necessariamente médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, desde que esse profissional esteja capacitado e não faça parte da equipe que atendeu o paciente durante sua internação no hospital.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, neste estudo, que um conjunto de campos de conhecimento permeia a ME e a assistência aos processos de transplantes. Tratar da doação de órgãos e, conseqüentemente, de transplantes nos remete a uma questão central, que é como aprendemos a lidar com a morte e com os aspectos pertinentes.

Siqueira et al. (2018, p. 290) assim se pronunciam:

A morte de pessoas atravessa o cotidiano do trabalho de profissionais de saúde e, muitas vezes, causa-lhes frustrações. Devido a isso, faz-se necessário problematizar os significados da morte e do morrer desde o momento da formação desses profissionais, pois esse tema ainda é pouco discutido no âmbito acadêmico. O modelo curativista, empregado especialmente a partir da modernidade, faz com que os profissionais de saúde se sintam impotentes em relação ao processo de morte e morrer, pois, tendem a sentir-se fracassados ao não vencer a doença ou a condição clínica que ameaça a vida. Nesse sentido, esses profissionais e a morte passam a ser adversários, inimigos, o que leva a que sentimentos em torno do tema sejam na maior parte das vezes negativos.

E continuam:

Na graduação, poucos espaços promovem discussões acerca da morte, principalmente devido à fragmentação do ensino, com disciplinas que acabam treinando o olhar do estudante a visualizar um corpo, transformando-o em apenas órgãos, tecidos celulares e afastando o seu sentido de humanidade. Essa forma de ensino atenta apenas para a preservação da vida e torna os alunos futuros profissionais despreparados para os enfrentamentos relacionados à morte. Nesse sentido, é construída, ao longo da graduação, uma espécie de negação da morte, o que impede que o tema seja abordado de uma maneira mais sólida. (Siqueira et al., 2018, p. 291).

Podemos inferir que o tema “morte” deve, portanto, ser incluído em Programas de Educação Permanente em saúde (EPS) como uma ferramenta fortalecedora para um enfrentamento mais qualificado nessas situações. A perspectiva de um trabalho interprofissional nesse campo pode constituir-se em um espaço de grande qualificação, já que o referido tema trafega por várias perspectivas, como a cultural, a religiosa, entre outras.

O Diagnóstico da Morte Encefálica, como podemos ver, foi outro tema que se configura um desafio a ser perseguido, situando-se numa zona de atenção. Áreas de alta complexidade como a dos transplantes precisam ser normatizadas com extremo rigor e a atualização de normativas e portarias se faz necessária com tempos mais curtos.

Isto acontece face ao acelerado avanço de drogas e equipamentos, bem como a experiência e conhecimento acumulados nessa área que carrega em si muita complexidade. Esta pesquisa evidenciou a existência de desatualizações quanto a portarias e normas, o que traz danos seriíssimos à assistência prestada.

Santos et al. (2019, p.1389) pesquisaram a percepção de enfermeiros emergencistas acerca de suas atuações e preparo profissional e perceberam a insegurança que o “fazer”, neste amplo campo, imprime aos que o ingressam,

Confundo-me durante a avaliação de risco em algumas emergências clínicas e, por vezes, fico receosa para atuar no ACCR quando o idoso apresenta comorbidades agudizadas. (E8).

E ainda,

Hoje, entendo que preciso de conhecimento teórico-prático para atuar na emergência. [...] foi a minha primeira experiência profissional, mas só tinha a noção da graduação, com pouco conteúdo de emergência. Outros profissionais também são lotados aleatoriamente no acolhimento. (E12).

Tais percepções também ficaram muito presentes nesta pesquisa, na medida em que os respondentes apontam a inserção, muitas vezes precoce, nas áreas de urgência/emergência, porta principal de entrada de potenciais doadores.

É claro que um hospital escola constitui-se em um espaço mais protegido, dada a presença de vários segmentos de formação como residentes, preceptores e docentes. Ainda que a formação dos enfermeiros no Brasil obedeça às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que prescrevem um processo formativo generalista, torna-se imperioso que eles se debrucem na solidez dos conhecimentos afetos a essas especialidades, dada a sua complexidade.

A propósito da atuação dos profissionais de Enfermagem nas Unidades de Urgência e Emergência, Santos et al. (2014) defendem a necessidade fundamental de se desenvolverem habilidades, como rapidez pautada nos rigores técnico e científico, capacidade interprofissional.

Os autores ora referenciados esclarecem que se constituem cenários de alta complexidade, onde a evolução dos quadros mais prevalentes pode ser fatal e, portanto, exigem-se, no processo de trabalho, conhecimentos e capacitação específicos, além da agilidade, uma vez que o atendimento precisa ser realizado de forma efetiva, devendo ocorrer em tempo apropriado para a intervenção necessária. (SANTOS et al., 2014).

Assim, podemos inferir que a presença de uma Educação Permanente ofertada de maneira mais intensiva para os futuros enfermeiros das unidades acima citadas teria o potencial de minimizar as inseguranças trazidas nessa pesquisa.

Acreditamos que um material institucional de apoio também contribuiria sobremaneira para a construção sólida e gradual do manejo dos quadros mais recorrentes em tais unidades.

Por último, percebemos que o cuidado com o potencial doador nas áreas de Urgência e Emergência do HSP evidenciou muita assertividade, o que poderia consistir em uma contradição ao primeiro olhar. Como foi sustentado anteriormente, a contextualização de um hospital escola envolve a presença de vários níveis de formação para além da graduação, o que o caracteriza como um forte cenário de aprendizagem.

Evidentemente, o local desta pesquisa, o HSP, configura-se como um dos hospitais de excelência do Brasil e, desta forma, há um aprendizado “informal” entre os enfermeiros, que de alguma forma, carrega uma efetividade.

Trettene et al. (2016, 246) observam que:

A prestação da assistência de enfermagem nessas unidades inclui, entre outros, a necessidade de tomada de decisão imediata e frequente, alto grau de dificuldade e responsabilidade, insuficiência de recursos humanos e materiais, falta de reconhecimento por parte dos gestores, administração e supervisão de pessoas, restrição da autonomia profissional, interferência de política institucional sobre o trabalho, sobrecarga de trabalho, alta rotatividade, superlotação, espaço físico inadequado, assistência direta e indireta a pacientes gravemente enfermos e em risco de morte eminente.

Silveira et al. (2009) mencionam ainda aspectos específicos da atuação da Enfermagem no cenário de urgência e emergência, que exigem dos profissionais de Enfermagem o desenvolvimento de atividades que demandam esforço físico, e que, somados à inadequação de recursos humanos, comprometem a qualidade do cuidado.

Ao longo desta pesquisa, podemos perceber a centralidade do enfermeiro frente à ME e a possibilidade de transplante. Evidenciaram-se muitos acertos bem como muitos desafios, mas podemos sustentar que, se há a dificuldade em lidar com a morte, há igualmente o sentimento de proporcionar uma melhor qualidade de vida para muitas pessoas. Morte e vida neste campo da Enfermagem são aspectos dialéticos e, como tal, envolvem fortemente um fazer ético e humanizado.

Cavalcante et al. (2014, p.571) sintetizam esta complexa contribuição dos enfermeiros frente à ME ao afirmarem que:

Estar com a família do doador, na opinião dos enfermeiros, é uma experiência complexa, porém estes reconhecem a delicadeza e o respeito necessário a esse momento, que é de grande dor para os familiares. Sofrem porque entendem que mesmo nessa situação precisam desempenhar seu papel profissional. Muito mais do que informar sobre o estado do paciente potencial doador, ou sobre o processo de doação de órgãos, é essencial que os enfermeiros, exatamente por estarem mais próximos da família, estejam disponíveis e abertos para perceber as necessidades dos familiares. Não apenas informá-los sobre a condição real do paciente em morte encefálica, mas também ajudá-los a compreender a realidade como ela se apresenta.

Como limitação do estudo, está o fato de que os participantes desta pesquisa atuavam em setores críticos e dispuseram-se a responder o instrumento durante sua jornada de trabalho. Tal estudo foi desenvolvido durante uma pandemia, o que dificultou a coleta de dados, estendendo-se por oito meses.

Os dados positivos apresentados sobre a compreensão dos enfermeiros em relação ao cuidado com o potencial doador enriquecem as discussões, pois favorecem o aumento do índice de transplantes no Brasil, devido à boa conservação do órgão para a prática cirúrgica. Enfim, a compreensão dos enfermeiros que atuam nos setores críticos de adulto do Hospital São Paulo, tais como UTIs e Pronto Socorro, sobre morte encefálica e transplante foi razoável, tendo em vista que nenhuma dimensão apresentou a classificação abaixo de 1,99, não necessitando de correções em curto prazo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGRA, L. M. C.; ALBUQUERQUE L. H. M. Tanatologia: uma reflexão sobre a morte e o morrer. **Pesquisa Psicológica** [serial online] [cited 2009 out 19]; v. 1, n. 2, 2008. Available from: p:// www.pesquisapsicologica.pro.br.

ALMEIDA, E. C.; BUENO, S. M. V.; BALDISSERA, V. D. A. A abordagem dialógica para a formação ética do enfermeiro no processo de doação de órgãos. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 18 n. 1, p. 19-22, 2014.

ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro a setembro de 2017. **Registro Bras Transpl.** 2017 Jan./Set; Ano XXIII N° 3:1-24.

ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro a março de 2019. **Registro Bras Transpl.** 2019 Jan./Marc; Ano XXV N° 1:1-15

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro. Trads.) Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977), 2006.

BATISTA, K. V. M. & BIANCHI, E. R. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.

BECKER, S. et al. A Enfermagem na Manutenção das Funções Fisiológicas do Potencial Doador. **Sanare Rev Polit Public**, v. 13, n.1, p. 69-75, Jan./Jun. - 2014

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.

CAVALCANTE, L. P. et al. A Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, Jan./Abr. 2014.

CAVALCANTE, L. P. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 567-572, Dec. 2014.

- CAVALCANTE, L. P. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 6, p. 567-572, Dez. 2014 .
- CINQUE, V. M.; BIANCHI ER. [Stressor experienced by family members in the process of organ and tissue donation for transplant]. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. 4, p. 996-1002, 2010.
- COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, Aug. 2006.
- CORREA NETO, Y. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, supl. 2, p. s355-s361, Dec. 2010 .
- CORRÊA, J. A. **Filosofia frente & verso**. São Paulo; 2008.
- COSTA, C. R.; COSTA, L. P.; AGUIAR, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 368-373, Aug. 2016.
- COSTA, K. L.; MORAIS, C. S.; MACHADO, M. M., CARVALHO, L. F. R. Assistência de Enfermagem ao Potencial Doador de Órgãos em Morte Encefálica. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 23, n.2, p. 153-158, Jun./Ago. 2018.
- DALBEM, G. C.; CAREGNATO, R. C. Organ and tissue donation for transplant: family refusal. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 728-735. 2010.
- DANTAS FILHO, V. P. Dos conceitos de morte aos critérios para o diagnóstico de morte encefálica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 54, n. 4, p. 705-710, Dez. 1996.
- FERNANDES, M. F. P.; KOMESSU, J. H. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 250-257, Feb. 2013 .
- FERREIRA, B. J. Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico. 2004. 477 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- FERREIRA, B. J. A Centralidade da Organização Curricular na Formação em Saúde: Desafios e Perspectivas. **Interfaces da Educação**, Paranaíba, v. 6, n. 17, p. 66-76, 2015.
- FERREIRA, B. J. As Políticas Indutoras e a Formação em Saúde. In: BATISTA, N. A. (org.). **Docência em Saúde**. 2. ed. São Paulo: Senac, 2014. v. 1, p. 183-200.

FERREIRA, B. J. Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico. 2004. 485 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FERREIRA, B. J.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. O processo de ensino/aprendizagem no mestrado profissional – MP norte: análise de uma experiência. **Revista Enseñanza de las Ciencias**, v. extra, p. 1246-1251, 2013. (IX Congreso Internacional sobre Investigación en Didáctica de Las Ciencias).

FERREIRA, M. J. M. et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Revista Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 23, supl. 1, p. 1-15, 2019.

FRANCO, M. L. P. B. Análise de conteúdo. 3º Ed. Brasília: Liber Editora, 2008
BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1995.

GARCIA, C. D. (org.). **Doação e transplante de órgãos e tecidos/** Organizadores Clotilde Druck Garcia, Japão Drose Pereira, Valter Duro Garcia – São Paulo: Seguimento Farma, 2015. 560pp.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa sociais**. São Paulo: Atlas, 1995. 208 p.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6a ed. São Paulo: Atlas S.A.; 2014. 200 p.

GONSAGA, R. A. T. et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 263-267, Aug. 2012 .

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Sept. 2013.

HISTÓRICO, **Unifesp**, 2021. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/reitoria/proec/historico>>. Acesso em: 24, de Jan de 2021

International Transplant Nurses Society (ITNS). Introduction to transplant nursing: core competencies. **Pittsburg: International Transplant Nurses Society**, ITNS; 2011.

KARDEC, A. O evangelho segundo o espiritismo. Tradução de Salvador Gentile, revisão de Elias Barbosa. Araras, SP, IDE, 365 edição, 2009. p. 288.

KIM, J. T.; FISHER, M.; ELLIOTT, D. Undergraduate nursing student's knowledge and attitudes towards organ donation in Korea: implications for education. **Nurse Education Today**, **Edinburgh**, v. 26, n. 6, p.465-474, 2006.

- KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In R. M. S. Cassorla (Org.), **Da morte**. (pp. 25-49). Campinas: Papirus, 1991.
- KOVÁCS, M. J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In R. M. S. Cassorla (Org.), **Da morte**. (pp. 79-103). Campinas: Papirus, 1991.
- MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E. M. de. **Fundamentos de metodologia científica** 7.ed.- São Paulo: Atlas, 2010.
- MARQUES, C. D. C.; VERONEZ, M.; SANCHES, M. R.; HIGARASHI, I. H. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n.4, p.823-830, 2013.
- MENDES, K. D. S. et al . Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p 945-953, 2012.
- MINAYO M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, p 61-78, 2013.
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. (Manual Acadêmico) Petrópolis: Vozes, 2016. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 2002.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1993, v. 9, n. 3, p. 237-248. ISSN 1678-4464.
- MOHR, A. M.. Psicanálise, depressão e a segunda morte às margens do Nilo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p.178-195, Dez. 2013 .
- MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 16, n. 3, p.458-464, June 2008 .
- MORAES, S. G. FERREIRA, B. J et al. Development and Validation of Strategy to Assess Teaching Methods in Undergraduate Disciplines. In: NATA, R. V. (ed.). Progress in Education. New York: **Nova Science Publishers**, v. 28, p. 81-107, 2012.
- MORAIS, T. R.; MORAIS, M. R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639, Dec. 2012.

- PESSOA, J. L.; SCHIRMER, J.; ROZA, B.A. Evaluation of the causes for family refusal to donate organs and tissue. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n.4, p. 323-330. 2013.
- QUAGLIO, W. H.; BUENO, W. M. V.; ALMEIDA, E. C. de. Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes transplantados: revisão integrativa da literatura. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 21, n. 1, p, 53-58, jan./abr. 2017
- ROSARIO, E. N. do et al. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 260-266, Sept. 2013.
- SANTOS, A. A.; SILVA, L. C. P.; GOMES, N. P. et al. Percepção de enfermeiros emergencistas acerca da atuação e preparo profissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1387-1393, Maio. 2019.
- SANTOS, L. B.; BRITO, A. M. G.; SOUSA, A. A. D.; CABALLERO, A. D.; FREITAS, D. A.; SANTOS, L. C. G. Intervención Del enfermero en emergencia y el uso de La clasificación de riesgo. **Rev Digital** [Internet]. 2014 Aug [cited 2017 Apr 11]; v.19, n.195. Available from: <http://www.efdeportes.com/efd195/atuacao-do-enfermeiro-na-emergencia.htm>
- SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; MORAES, E. L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 788-794, 2012 .
- SCHIMIDT, A. F. C.; SALBEGO, C.; GOMES, I. E. M.; OLIVESKI, C. C.; NIETSCHKE, E. A.; FAVERO, N. B. Intervenções desenvolvidas pela enfermagem com familiares de paciente crítico: revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde.**, v. 25, n.(1), p. 18-23, 2018.
- SILVA JUNIOR, F. J. G. da et al . Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1122-1126, Dec. 2011.
- SILVA, A. M.; SILVA, M. J. P. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. **R Enferm UERJ**. V. 15, n. 4, p. 549-554, 2007.
- SILVA, H. R.; FERREIRA, B. J.; MORENO, L. R. O Processo de Formação Profissional nos Semi-internatos: a percepção do acadêmico de enfermagem da Universidade Federal do Pará, Brasil. **Revista Enseñanza de las Ciencias**, v. extra, p. 3002-3007, 2013. (IX Congreso Internacional sobre Investigación en Didáctica de Las Ciencias).

- SILVEIRA, M. M., STUMM, E. M.; KIRCHNER, R. M. Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.4, p. 894-903, 2009.
- SIQUEIRA, J.; ZILLI, F.; GRIEBELER, S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Pers. Bioét.**, v.22, n.2, p. 288-302. 2018. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.7
- SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 481-484, Dec. 2007.
- SOUZA, D. M.; SOARES EO, COSTA KMS, PACÍFICO ALC, PARENTE ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 1, p.41-47. Jan./Mar 2009.
- SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 257-262. maio./jun 2007.
- TANNOUS, L. A. et al. **Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos**. Curitiba: SESA/SGS/CET, 2018. 68p.
- TRETTENE et. al. Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento Bol. **Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 36, n. 91, p. 243-261, 2016.
- TRIVIÑOS A. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.
- WESTPHAL, G. A. et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte II. Ventilação mecânica, controle endócrino metabólico e aspectos hematológicos e infecciosos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 269-282, Set. 2011.
- ZORZO, J. C. C. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004

APÉNDICES

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS DO PRONTO SOCORRO ADULTO E DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL SÃO PAULO PARA PARTICIPAREM DA PESQUISA SOBRE SUA COMPRENSÃO EM RELAÇÃO À MORTE ENCEFÁLICA E TRANSPLANTE

Estamos convidando você para participar desta primeira parte da pesquisa que tem como objetivo investigar a percepção dos enfermeiros do Pronto Socorro Adulto e de Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital São Paulo sobre sua compreensão em relação à morte encefálica, transplante e suas dificuldades. Sou enfermeiro e estou desenvolvendo esta pesquisa no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, nível Mestrado Profissional, na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP sob orientação da Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira.

Os procedimentos que irão compor esta pesquisa serão:

1. Foi construído um instrumento a ser aplicado aos enfermeiros dos referidos setores.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos esperados para os sujeitos da pesquisa, como percepção de desconforto ou constrangimento durante a aplicação do instrumento. Não há benefício direto para o participante, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício relacionado ao resultado da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Willian Henrique Quaglio, que pode ser encontrado no endereço Av Dr Altino Arantes, 958. Telefone (11) 955551843. E-mail: willian.quaglio@usp.br Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Professor Francisco de Castro nº55, CEP- 04020-050, FAX:(11) 5539-7162 – E-mail: cep@unifesp.edu.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade em seu local de trabalho. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Está garantido o direito de você ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Torna-se explícito o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Declaração do(a) participante:

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo a percepção dos enfermeiros do Pronto Socorro Adulto e de Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo sobre sua compreensão em relação à morte encefálica, transplante e suas dificuldades. Eu discuti com Willian Henrique Quaglio sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou na minha atuação no meu local de trabalho.

Nome do participante: _____

Assinatura do Participante _____

Local: _____ Data ____/____/____

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste representante legal para a participação neste estudo, **sendo disponibilizado em duas vias originais, uma para ficar uma com o participante e outra para o pesquisador.**

Assinatura do responsável pelo estudo:

Willian Henrique Quaglio Data: ____/____/____

Apêndice B – Carta de Anuência

De: Mestrando Willian Henrique Quaglio

Para: Diretoria Hospitalar e Comitê de Ética do Hospital São Paulo

Assunto: Solicitação de Consentimento para Realização de Pesquisa

Prezado,

Eu, Willian Henrique Quaglio, atualmente aluno regularmente matriculado do Programa de Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS da Universidade de São Paulo – UNIFESP, venho respeitosamente solicitar autorização para a realização da Pesquisa intitulada: **“COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM SETORES CRÍTICOS DE ADULTO DO HOSPITAL SÃO PAULO QUANTO À MORTE ENCEFÁLICA E TRANSPLANTE.”**

A pesquisa tem como objetivo geral identificar a percepção dos enfermeiros do Pronto Socorro Adulto e de Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo sobre sua compreensão em relação à morte encefálica, transplante e suas dificuldades. O referido estudo contemplará:

Uma Escala de Likert abarcando todos os objetivos previstos nesta pesquisa.

Os dados colhidos serão, como dito anteriormente, analisados pela análise de conteúdo na modalidade temática.

Ressalto que o estudo cumprirá os princípios do desenvolvimento da pesquisa e que segue os princípios éticos e vigentes na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Atenciosamente, _____

Willian Henrique Quaglio

Ciente de acordo: _____

Data: ___/___/___

Apêndice C - Dimensões e suas respectivas asserções do instrumento likert sobre “compreensão dos enfermeiros que atuam em setores críticos de adulto do hospital São Paulo quanto à morte encefálica e transplante”. São Paulo, 2020.

Dimensão 01 – Diagnóstica de Morte Encefálica (ME)

1 - No Protocolo Nacional para Morte Encefálica (ME), o potencial doador deve apresentar-se, necessariamente, com Glasgow 3, sem sedação e bloqueadores neuromusculares, sem hipotermia, sem distúrbios metabólicos graves, com a causa do coma identificada, no período mínimo de seis horas de observação e tratamento em ambiente hospitalar.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

02 - A notificação de um diagnóstico de morte encefálica à Secretaria Estadual de Transplante é uma das funções privativas da equipe de Enfermagem.

Concordo (1) Inclinado a concordar (2) Inclinado a discordar (3) Discordo (4).

03 – Após a identificação de um potencial doador, necessariamente, além do exame clínico, que deve ser realizado por dois médicos diferentes, com um intervalo mínimo de seis horas entre o primeiro e o segundo para pacientes maiores de dois anos e o paciente deve ser submetido a um teste de apneia e a um exame complementar.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

04 – Os exames complementares de imagem como tomografia de crânio, ressonância de crânio, angiografia cerebral, eletroencefalograma, doppler transcraniano e cintilografia são necessários e de peso equivalentes para o fechamento do diagnóstico de ME.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

05 - O Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou que pacientes com suspeita de morte encefálica deverão ser observados e tratados por no mínimo seis horas antes do início do protocolo que confirma ou não a falta de atividade cerebral. Após passada a confirmação da ME, não será mais possível que o paciente fique no hospital com os aparelhos ligados.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

06 – Os exames clínicos para o diagnóstico de ME testam os reflexos dos pares de nervos cranianos. A impossibilidade de realizar um dos reflexos, como nos casos de perfuração timpânica ou lesão grave do globo ocular, inviabiliza o prosseguimento do protocolo.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

Dimensão 02 – Cuidado com o Potencial Doador

01 – Considerando o transplante como uma forma eficaz de tratamento para doenças crônicas, os cuidados com o potencial doador são de extrema relevância para o seu sucesso.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

02 - O manejo dos distúrbios endócrino-metabólicos como o controle da diabetes insipidus é um fator importante no cuidado ao potencial doador.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

03 – A realização adequada de técnicas assépticas é imprescindível durante o cuidado ao potencial doador, pois a presença de algumas infecções contraindica o transplante.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

04 – Os cuidados oferecidos ao potencial doador devem ser compatíveis com os oferecidos a um paciente vivo.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

05 - A hipotermia do potencial doador deve ser revertida por meio de mantas térmicas e infusão de líquidos aquecidos, tarefas de responsabilidade da equipe de Enfermagem.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

06 – Garantir a oxigenação do potencial doador, por meio da ventilação mecânica, é uma estratégia protetora com os órgãos a serem doados.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

07 - Monitorizar a glicemia capilar a cada 6 horas e iniciar o protocolo de insulina se a glicemia for > 180 mg/dL é uma tarefa necessária a ser executada pela equipe de Enfermagem no caso de um potencial doador.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

Dimensão 03 – Enfrentamento do Enfermeiro em relação à Morte.

01 – Ao longo da sua graduação, você reconhece ter recebido conhecimento adequado sobre como o enfermeiro deve portar-se diante da morte de um paciente.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

02 – Aspectos como faixa etária, religião, grau de parentesco, entre outros, são desafios frequentes em relação à morte para a equipe de Enfermagem.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

03 - A morte costuma ser um tema de difícil abordagem, pois envolve questões complexas, como religião, a sensação de perda, sentimentos de tristeza e de solidão. Atualmente, percebe-se que essas dificuldades tornam-se mais presentes em função do crescimento de posturas individualistas e pouco solidárias.

Concordo (1) Inclinado a concordar (2) Inclinado a discordar (3) Discordo (4)

04 - A morte de pessoas jovens costuma impactar mais fortemente os profissionais de saúde como enfermeiros, pois eles se sentem impotentes no impedimento de uma interrupção precoce de uma vida.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

05 - Ao ter consciência da possibilidade de morte de seu parente, a família sofre e deixa aflorar em sua mente as lembranças de morte de outras pessoas, as comparações entre sofrimentos vividos e tentam compreender a temática morte. No contato com os enfermeiros, os membros da família tentam expressar sua dor de diversos modos e o profissional deve acolhê-los com uma comunicação empática, clara e acolhedora.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

Dimensão 04 – Formação do Graduando em Enfermagem quanto à ME E cuidados com o Potencial Doador

01 – O conhecimento oferecido na sua graduação sobre morte encefálica, doação e transplante de órgãos foi suficiente, permitindo-lhe um bom manejo nessas situações.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

02 - Os aspectos que envolvem a ME, doação e transplante de órgãos são complexos e demandam uma constante atualização.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

03 – A sua graduação proporcionou-lhe conhecimento suficiente para lidar com os familiares de um potencial doador.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

04 – A falta de competência técnica da equipe hospitalar na abordagem sobre a doação dos órgãos se constitui um dos principais motivos de recusa familiar na doação de órgãos.

Concordo (4) Inclinado a concordar (3) Inclinado a discordar (2) Discordo (1)

05 – Durante a entrevista com a família do potencial doador, para a solicitação dos órgãos para doação, o entrevistador não necessariamente deve estar capacitado, podendo ser qualquer profissional da área da saúde com nível superior.

Concordo (1) Inclinado a concordar (2) Inclinado a discordar (3) Discordo (4)

Apêndice D – Quadro das dimensões e suas respectivas asserções randomizadas do instrumento likert sobre “compreensão dos enfermeiros que atuam em setores críticos de adulto do Hospital São Paulo quanto à morte encefálica e transplante”. SÃO PAULO, 2020.

Dimensões	Assertivas
Dimensão 01: Diagnóstico de Morte Encefálica (ME)	01, 05, 09, 13, 17, 21
Dimensão 02: Cuidado com o Potencial Doador	02, 06, 10, 14, 18, 22, 23
Dimensão 03: Enfrentamento do Enfermeiro em relação à Morte.	03, 07, 11, 15, 19
Dimensão 04: Formação do Graduando em Enfermagem quanto à ME e cuidados com o Potencial Doador	04, 08, 12, 16, 20

Fonte: Próprio autor

APÊNDICE E – Instrumento Likert sobre compreensão dos enfermeiros que atuam em setores críticos de adulto do Hospital São Paulo quanto à morte encefálica e transplante.” São Paulo, 2020.

**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
CEDESS/UNIFESP MESTRADO PROFISSIONAL**

O objetivo deste instrumento fundamenta-se em detectar qual é a sua opinião sobre a **“COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM SETORES CRÍTICOS DE ADULTO DO HOSPITAL SÃO PAULO QUANTO À MORTE ENCEFÁLICA E TRANSPLANTE”**.

INSTRUÇÕES

Leia cuidadosamente cada afirmação e escolha apenas **uma** alternativa de resposta que **deve ser aquela que mais represente a sua opinião.**

Escolha uma das alternativas:

CP – CONCORDO: Você concorda totalmente com a asserção.

IC – INCLINADO A CONCORDAR: Você tende a concordar com a asserção

ID – INCLINADO A DISCORDAR: Você tende a discordar da asserção.

DP – DISCORDO: Você discorda totalmente da asserção.

Note que **não existe resposta certa e errada. O importante é conhecer a sua percepção!** Sua resposta é de enorme importância para o **aprimoramento do processo de atendimento da Enfermagem quanto à morte encefálica. Assim, sua participação é fundamental neste processo!**

É necessário que você **responda a todas as asserções** (afirmações) do instrumento de pesquisa para que ele **possa ser validado estatisticamente**. Caso isso não ocorra, sua opinião não poderá ser considerada. Esse instrumento é absolutamente sigiloso e garantido o anonimato.

Agradecemos muito sua colaboração!

Obrigado!

Enf. Willian Henrique Quaglio

Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Ano de conclusão da graduação: _____ Setor de atuação: _____
Tempo de atuação neste setor: _____ meses. Idade: _____

1 - No Protocolo Nacional para Morte Encefálica (ME), o potencial doador deve apresentar-se, necessariamente, com Glasgow 3, sem sedação e bloqueadores neuromusculares, sem hipotermia, sem distúrbios metabólicos graves, com a causa do coma identificada, no período mínimo de seis horas de observação e tratamento em ambiente hospitalar.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

2 - Considerando o transplante como uma forma eficaz de tratamento para doenças crônicas, os cuidados com o potencial doador são de extrema relevância para o seu sucesso.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

3 - Ao longo da sua graduação, você reconhece ter recebido conhecimento adequado sobre como o enfermeiro deve portar-se diante da morte de um paciente.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

4 - O conhecimento oferecido na sua graduação sobre morte encefálica, doação e transplante de órgãos foi suficiente, permitindo-lhe um bom manejo nessas situações.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

5 - A notificação de um diagnóstico de morte encefálica à Secretaria Estadual de Transplante é uma das funções privativas da equipe de Enfermagem.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

6 - O manejo dos distúrbios endócrino-metabólicos como o controle da diabetes insipidus é um fator importante no cuidado ao potencial doador.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

7 - Aspectos como faixa etária, religião, grau de parentesco, entre outros, são desafios frequentes em relação à morte para a equipe de Enfermagem.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

8 - Os aspectos que envolvem a ME, doação e transplante de órgãos são complexos e demandam uma constante atualização.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

9 - Após a identificação de um potencial doador, necessariamente, além do exame clínico, que deve ser realizado por dois médicos diferentes, com um intervalo mínimo de seis horas entre o primeiro e o segundo para pacientes maiores de dois anos, este paciente também deve ser submetido a um teste de apneia e a um exame complementar.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

10 - A realização adequada de técnicas assépticas é imprescindível durante o cuidado ao potencial doador, pois a presença de algumas infecções contraindica o transplante.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

11- A morte costuma ser um tema de difícil abordagem, pois envolvem questões complexas como religião, a sensação de perda, sentimentos de tristeza e de solidão. Atualmente, percebe-se que essas dificuldades tornam-se mais presentes em função do crescimento de posturas individualistas e pouco solidárias.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

12- A sua graduação proporcionou-lhe conhecimento suficiente para lidar com os familiares de um potencial doador.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

13 - Os exames complementares de imagem, como tomografia de crânio, ressonância de crânio, angiografia cerebral, eletroencefalograma, doppler transcraniano e cintilografia são necessários e de peso equivalente no fechamento do diagnóstico de ME.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

14 - Os cuidados oferecidos ao potencial doador devem ser compatíveis com os oferecidos a um paciente vivo.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

15 - A morte de pessoas jovens costuma impactar mais fortemente os profissionais de saúde como enfermeiros, pois eles se sentem impotentes no impedimento de uma interrupção precoce de uma vida.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

16 - A falta de competência técnica da equipe hospitalar na abordagem sobre a doação dos órgãos constitui-se um dos principais motivos de recusa familiar na doação de órgãos.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

17 - O Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou que pacientes com suspeita de morte encefálica deverão ser observados e tratados por no mínimo seis horas antes do início do protocolo que confirma ou não a falta de atividade cerebral. Após passada a confirmação da ME, não será mais possível que o paciente fique no hospital com os aparelhos ligados.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

18 - A hipotermia do potencial doador deve ser revertida por meio de mantas térmicas e infusão de líquidos aquecidos, tarefas de responsabilidade da equipe de Enfermagem.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

19 - Ao ter consciência da possibilidade de morte de seu parente, a família sofre e deixa aflorar em sua mente as lembranças de morte de outras pessoas, as comparações entre sofrimentos vividos e tenta compreender a temática morte. No contato com os enfermeiros, os membros da família tentam expressar sua dor de diversos modos e o profissional deve acolhê-los com uma comunicação empática, clara e acolhedora.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

20 - Durante a entrevista com a família do potencial doador, para a solicitação dos órgãos para doação, o entrevistador não necessariamente deve estar capacitado, podendo ser qualquer profissional da área da saúde com nível superior.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

21- Os exames clínicos para o diagnóstico de ME testam os reflexos dos pares de nervos cranianos. A impossibilidade de realizar um dos reflexos, como nos casos de uma perfuração timpânica ou lesão grave do globo ocular, inviabiliza o prosseguimento do protocolo.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

22 - Garantir a oxigenação do potencial doador, por meio da ventilação mecânica, é uma estratégia protetora com os órgãos a serem doados.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**

23 - Monitorizar a glicemia capilar a cada seis horas e iniciar o protocolo de insulina se a glicemia for > 180 mg/dL é uma tarefa necessária a ser executada pela equipe de Enfermagem no caso de um potencial doador.

Concordo **Inclinado a concordar** **Inclinado a discordar** **Discordo**