

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARA NOGUEIRA DE ARAÚJO

**CONFLITOS ÉTICOS DE ENFERMEIROS NO PROCESSO DE
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**

SÃO PAULO

2012

MARA NOGUEIRA DE ARAÚJO

**CONFLITOS ÉTICOS DE ENFERMEIROS NO PROCESSO DE
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em ciências.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

SÃO PAULO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura _____ Data ___/___/___

Catálogo da Publicação
Preparada pela Biblioteca do Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Araújo, Mara Nogueira.

Conflitos Éticos de Enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. / Mara Nogueira de Araújo; orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo. -- São Paulo, 2012.

74p.

Dissertação (Mestrado)--Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem. Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em enfermagem e em Saúde.

1. Doação de órgãos 2. Conflitos éticos 3. Tomada de decisão 4. enfermagem

Nome: Araújo, Mara Nogueira de

Título: Conflitos éticos de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A meus pais, Sebastião e Lilai.

Aos meus, irmãos Luciana e Rubens.

Ao meu companheiro, Ricardo.

A minha filha, Ana Clara.

Não encontrei palavras para expressar o que vocês representam... então obrigada, obrigada e muito obrigada.

Agradecimentos

A Deus por sua eterna bondade.

A Dra Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo por me ajudar a tornar realidade um sonho, pela paciência e dedicação, por me ensinar por sua singela ternura e pelo laço de amizade construída. Obrigada.

Ao Dro Paulo Fortes e Dro Marcelo Santos pelas contribuições no exame de qualificação.

A Dra Andrea Cotait Ayoub, Diretora Técnica da Divisão de Enfermagem do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia agradeço por me apoiar, acreditar e ter possibilitado a realização deste trabalho. Obrigada pela sua amizade, seu carinho, respeito e atenção.

A Dra Rika M. Kobayashi, Diretora do Serviço de Educação Continuada do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, agradeço por acreditar em mim e no meu trabalho.

Aos queridos amigos Eivaldo, Carine, Silvana, Ana Paula e Michele, obrigada por me apoiarem e ajudarem nas horas em que mais precisei.

Aos colegas de trabalho do Dante Pazzanese pela colaboração e amizade.

Aos enfermeiros que participaram deste estudo, o meu muito obrigado.

Minha gratidão a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a execução deste trabalho.

*Posso, tudo posso Naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou pra mim e ali
estar...*

(Celina Borges)

Araujo MN. Conflitos éticos de enfermeiros no processo de doação de órgãos para transplante. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2012.

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivos conhecer a percepção de enfermeiros sobre conflitos éticos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, como são tomadas as decisões e o que é levado em consideração para a tomada de decisão frente a conflitos éticos. Foi realizado um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, sendo utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. Foram realizadas onze entrevistas com enfermeiros que prestaram assistência a potenciais doadores na prática profissional, há pelo menos um ano, lotados nas seguintes unidades: UTI adulto e pediátrica, Pronto socorro, Centro cirúrgico, Unidades de internação e na Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Após a análise emergiram cinco categorias: 1. Dificuldade em aceitar a morte encefálica; 2. Não aceitação da equipe multiprofissional de desconectar o ventilador mecânico do paciente em morte encefálica não doador de órgãos; 3. Dificuldades da equipe multiprofissional durante o processo de doação de órgãos; 4. Situações que podem interferir no processo de doação de órgãos e 5. Tomada de decisão frente a conflitos éticos no processo de doação de órgãos. Os resultados mostraram que os enfermeiros identificam conflitos éticos no processo de doação de órgãos, gerados por diversos fatores como: a dificuldade em aceitar a morte encefálica como morte do indivíduo, a resistência em aceitar a suspensão do suporte terapêutico no paciente em morte encefálica, a falta de conhecimento e comprometimento durante o processo de doação, o descaso e assistência inadequada ao potencial doador de órgãos, a dificuldade com a alocação de recursos humanos e materiais incluindo a liberação de leitos de UTI para o potencial doador; as crenças religiosas e as falhas de comunicação. Além disso, para tomar decisão frente aos conflitos éticos, eles levam em conta o princípio da beneficência, o dever legal e, principalmente, o diálogo com os colegas.

Assim, ficou evidenciado que o processo de doação de órgãos está permeado por conflitos éticos, demonstrando uma necessidade de reflexão e discussão

sobre o tema, incluindo as situações geradoras e as tomadas de decisão frente aos conflitos éticos.

Descritores: Doação de órgãos, conflitos éticos, tomada de decisão, enfermagem.

Araujo MN. Ethical conflicts of nurses in the process of donating organs and tissues for transplantation. [dissertation] São Paulo (SP): Nursing School, University of São Paulo; 2012.

ABSTRACT

This research aimed to know the perception of nurses on ethical conflicts in the process of donating organs and tissue for transplantation, as decisions are made and what is taken into account in decision-making in the face of ethical conflicts. We conducted an exploratory, descriptive and qualitative approach, using the content analysis proposed by Bardin. Eleven interviews were conducted with nurses who provided assistance to potential donors in professional practice for at least one year, allocated in the following units: adult and pediatric ICU, First Aid, surgical center, inpatient units and the Commission Intra Hospital Organ Donation and Tissues for Transplantation. After analyzing five categories: 1. Difficulty accepting brain death, 2. Non-acceptance of the multidisciplinary team to disconnect the ventilator patient's brain-dead organ donor is not 3. Difficulties of the multidisciplinary team during the process of organ donation 4. Situations that may affect the process of organ donation and 5. Decision making in the face of ethical conflicts in the process of organ donation. The results showed that nurses identify ethical conflicts in the process of organ donation, generated by several factors: the difficulty in accepting brain death as death of the individual, the resistance to accept the suspension of therapeutic support in brain death, the lack of knowledge and commitment during the donation process, neglect and inadequate care of the potential organ donor, the difficulty with the allocation of human and material resources including the release of ICU beds for the potential donor, religious beliefs and failures communication. Moreover, to make decisions in the ethical conflicts, they take into account the principle of beneficence, the legal duty, and especially the dialogue with colleagues.

Thus, it became evident that the process of organ donation is permeated by ethical conflicts, demonstrating a need for reflection and discussion on the topic, including generating situations and decision making in the face of ethical conflicts.

Keywords: Organ donation, ethical conflicts, decision- making, nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Interesse pelo tema.....	2
1.2 Processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.....	6
1.3 Diagnóstico de morte encefálica.....	7
1.4 Entrevista familiar.....	9
1.5 Extração de órgãos e tecidos e a liberação do corpo.....	10
1.6 Doação de órgãos, conflitos e tomada de decisão.....	11
2. OBJETIVOS.....	15
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	17
3.1 Tipo de estudo.....	18
3.2 Local do estudo.....	18
3.3 Sujeitos do estudo.....	18
3.4 Coleta de dados.....	19
3.5 Análise de dados.....	21
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.1 Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	24
4.2 Categorias.....	24
4.2.1 Categoria 1: Dificuldade em aceitar a morte encefálica.....	25
4.2.2 Categoria 2: Não aceitação da equipe multiprofissional de desconectar o ventilador mecânico do paciente em morte encefálica não doador de órgãos.....	27
4.2.3 Categoria 3: Dificuldades da equipe multiprofissional durante o processo de doação de órgãos.....	32
4.2.5 Categoria 4: Situações que podem interferir no processo de doação de órgãos.....	39
4.2.6 Categoria 5: Tomada de decisão frente a conflitos éticos.....	40
5. SÍNTESE.....	51
6. REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS.....	61

1.INTRODUÇÃO

1.1 INTERESSE PELO TEMA

Após o término da graduação em enfermagem, ingressei no curso de aprimoramento em Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), com duração de dois anos e período integral.

No decorrer do aprimoramento os alunos estagiavam em todos os setores do Instituto, para que tivessem a oportunidade de desenvolver seu papel assistencial e gerencial e que, ao longo de dois anos, pudessem adquirir e multiplicar conhecimentos. Ficavam em cada setor cerca de um mês, divididos nos períodos da manhã e tarde e, dentre os vários setores, um deles era a Organização de Procura de Órgãos (OPO), que passou a ser denominada de Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT)*, a partir de agosto de 2010. Assim, neste trabalho passaremos a usar esta denominação.

No SPOT as atividades desenvolvidas pelos aprimorandos eram distintas das dos demais setores, pois a maioria das ações era realizada em outras instituições, proporcionando uma visão que oferecia experiências diferentes.

O SPOT é uma entidade responsável por um ou mais hospitais de sua área territorial, com atuação regionalizada, para detecção de potenciais doadores e realização de outros procedimentos para viabilização de órgãos e tecidos para transplantes. Considera-se potencial doador de órgãos, o paciente com diagnóstico de morte encefálica ou com o primeiro teste clínico de morte encefálica no qual tenham sido descartadas contra-indicações clínicas que representem riscos aos receptores dos órgãos (Santos, 2010).

O Dante Pazzanese é um dos quatro SPOT do município de São Paulo, juntamente com a Escola Paulista de Medicina, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, todos localizados em Hospitais Escola voltados para a assistência, o ensino e a pesquisa.

A atuação dos enfermeiros do SPOT do IDPC é centrada na busca ativa de potenciais doadores de órgãos e tecidos, ou seja, os enfermeiros deslocam-

*A partir de 14 de agosto de 2010 entrou em vigor a Resolução SS-151, de 13-08-2010, que dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo, que estabelece nova nomenclatura para OPO: SPOT - Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos.

se para hospitais de sua responsabilidade territorial e procuram pacientes com suspeita de morte encefálica. Quando encontrado, são verificadas as condições do paciente pelo enfermeiro, visando identificar a viabilidade clínica e o atendimento às normas legais para andamento do processo. Feita a avaliação, e não havendo contra-indicações, inicia-se o protocolo de morte encefálica pela equipe médica responsável do hospital. Após a finalização do diagnóstico de morte encefálica, é realizada a entrevista familiar e, caso os familiares optem pela autorização da doação, uma série de outras ações é desencadeada, dando continuidade ao processo de doação de órgãos, como o preenchimento de documentos que autorizam a remoção dos órgãos, assinados pelos responsáveis legais do familiar. Nesse momento, são solicitadas aos familiares, informações pertinentes do potencial doador e colhidos exames laboratoriais, inclusive sorológicos. Diante dessas informações, é feita a comunicação à Central Estadual de Transplantes (CTX), que é parte integrante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que realiza a coordenação do Sistema Estadual de Transplante (Secretaria de Estado de Saúde, 2010), que realiza a seleção dos receptores e comunica as equipes de transplante, sendo marcado o horário de extração dos órgãos pelo SPOT responsável e, ao final, é realizada a liberação do corpo para a família.

Durante meu estágio no SPOT, tive a oportunidade de acompanhar todas as fases do processo de doação de órgãos. Vivenciei situações ímpares que desafiaram meu conhecimento técnico-científico, principalmente ao realizar o cuidado direto para esses pacientes. Algumas entrevistas familiares foram marcantes, emergindo sensações de impotência e angústia, que exacerbavam quando acompanhava entrevistas com famílias que perderam subitamente seu familiar ou quando envolvia perda de crianças.

Não entendia a minha inquietude, o que me causava sofrimento e gerava situações conflituosas. Situações essas como aceitar a morte; compreender a morte encefálica do ponto de vista fisiológico; saber explicar com clareza e objetividade aos familiares o motivo do coração estar batendo e, mesmo assim, o seu familiar estar morto, saber lidar com a resistência da equipe médica e demais profissionais sobre a importância da realização correta do protocolo de morte encefálica, seguindo os preceitos éticos e legais, e perceber, por inúmeras vezes, o descaso com o potencial doador e a falta de

comprometimento com o processo de doação de órgãos pela equipe multiprofissional. Frente a esse contexto, comecei a perceber minha dificuldade de tomar uma posição diante dessas situações.

O processo é dinâmico e tomadas de decisão fazem parte do cotidiano do enfermeiro. Foi uma experiência única, que me fez conhecer algo novo, despertando meu interesse em aprofundar conhecimento na área e proporcionando-me novos desafios.

Após o término da residência em enfermagem, fui aprovada no processo seletivo no IDPC e alocada no SPOT.

Ao longo de alguns anos trabalhando com a captação de órgãos, o amadurecimento profissional, o conhecimento adquirido e a confiança no que fazia e conhecia trouxeram uma mudança de comportamento no trabalho desenvolvido, evidenciando a necessidade de me aprofundar no tema. Assim, ingressei na especialização em Captação, Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos realizado pelo Instituto Israelita Albert Einstein, o que fortaleceu meu conhecimento na área e provocou uma transformação no olhar sobre a minha profissão e o meu fazer. Comecei a ser mais segura nas minhas ações e me aprofundar em algumas reflexões sobre o significado da morte, o significado da vida, as relações humanas, o respeito à decisão do outro e o comportamento do indivíduo frente à perda e à difícil decisão sobre a autorização ou não para a doação de órgãos.

Quando cuidava do potencial doador, sempre pensava em quem iria receber seus órgãos, pois a manutenção hemodinâmica era importante para viabilidade dos órgãos para a realização do transplante e, também, refletia quem era aquela pessoa que estava sob os meus cuidados, sua vida, sua família, que, mesmo vivenciando um momento de vulnerabilidade e sofrimento, optava em ajudar ao próximo, fazendo a doação dos órgãos do seu familiar.

Durante as entrevistas familiares, o sofrimento, o abalo emocional da perda, a dificuldade de aceitar e entender a morte pelas famílias eram situações difíceis de lidar, porém tinha que realizar a entrevista familiar e desempenhar o meu papel como profissional. Era uma situação que gerava grande conflito profissional e pessoal, causando impotência e inquietude diante da situação.

Com uma frequência grande, fui interpelada pela equipe profissional do centro cirúrgico, após a extração dos órgãos, sobre qual era o meu sentimento

na finalização daquele momento, pois estavam acostumados a lidar com a vida e não com a morte. Por vezes, não tinha resposta e tentava justificar dizendo que iríamos ajudar o próximo, mas, na realidade, comecei a compreender minha dificuldade em lidar com a morte.

No processo de doação de órgãos percebi que as situações do cotidiano me despertaram inquietações. Essas inquietações geraram, por vezes, conflitos e dificuldades na tomada de decisão relativa ao que fazer, pois as tomadas de decisão não são de aspecto científico ou legal e, sim, decisões que envolvem crenças, princípios, valores morais, religiosos e culturais. Diante disso, a busca por respostas me levou ao encontro da ética, que compreende experiências de relações interpessoais e busca, de forma equilibrada, amenizar os conflitos na convivência humana, respeitando valores, crenças e visões do mundo de cada indivíduo. Assim, as tomadas de decisão tornaram-se mais seguras e prudentes, diminuindo o sofrimento e a angústia.

Em nossa realidade, a propensão é que as equipes multiprofissionais, dos hospitais notificadores, ou seja, aqueles que identificam o possível doador e realizam os testes de morte encefálica, venham desempenhar um papel mais atuante durante o processo de doação de órgãos, envolvendo toda a equipe da instituição. Dessa forma, o enfermeiro, que é parte integrante dessa equipe e desempenha papel fundamental, pois cuida diretamente desses pacientes e seus familiares, devem passar a vivenciar, cada vez mais, conflitos éticos no seu cotidiano.

Nesse sentido, surgiu uma indagação: será que os enfermeiros que participam do cuidado do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante têm a percepção da existência de conflitos éticos durante o processo de doação de órgãos? Se existirem, como resolvem e o que levam em consideração para a resolução desses conflitos?

Dessa forma, situações por mim vivenciadas, observadas, questionadas e refletidas foram sedimentadas ao longo dos anos, motivando-me a elaborar este estudo. Considero que, diante de um conflito ético, a tomada de decisão dever ser com o conhecimento da situação, refletida, crítica e, conseqüentemente, prudente e responsável, visando amenizar o sofrimento e humanizando o cuidado prestado.

1.2 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

O processo de doação-transplante é complexo, envolvendo várias etapas e vários agentes (Secretaria de Estado da Saúde, 2002). Inicia-se com a identificação e manutenção do potencial doador de órgãos (PD) que, por definição, é o paciente com diagnóstico de morte encefálica ou com o primeiro teste clínico de morte encefálica, no qual tenham sido descartadas contra-indicações clínicas que representem riscos aos receptores dos órgãos. (Santos, 2010). Em seguida, a equipe médica informa a família sobre a suspeita da morte encefálica (ME) e realiza o protocolo do diagnóstico de ME, atendendo as determinações da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480/97 (CFM, 1997), que define os critérios de morte encefálica. Logo após, comunicam à CTX, conforme a Lei nº 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 (CFM, 1997), que torna notificação compulsória para todos os estabelecimentos de saúde, informar a CTX, em caráter de urgência, a existência de paciente em morte encefálica em suas dependências (DOU, 1997a, 1997b, 2001),

A CTX repassa a notificação ao SPOT. O profissional do SPOT realiza avaliação clínica do potencial doador, bem como a viabilidade dos órgãos e, após a confirmação do diagnóstico de morte encefálica, é realizada a entrevista com os familiares para informá-los sobre a possibilidade da doação dos órgãos e tecidos. Se houver recusa familiar da doação, o processo é encerrado. Quando a família aceita e autoriza, o SPOT notifica a existência do doador a CTX que realiza a seleção dos receptores, indicando a equipe transplantadora responsável pela retirada e posterior implante do órgão. A extração dos órgãos é realizada em centro cirúrgico e o enfermeiro do SPOT é responsável por coordenar a captação dos órgãos e, ao finalizar a cirurgia, acompanhar e orientar os familiares durante a liberação do corpo do falecido para sepultamento (Moraes, Massarollo, 2009).

O conhecimento do processo e sua execução adequada possibilitam segurança, qualidade e clareza, tanto para os profissionais envolvidos quanto para os familiares.

Durante o processo doação-transplante, vários agentes são envolvidos e uma série de ações é realizada. Ações que contemplam a assistência com o potencial doador pelos profissionais de enfermagem e a relação com seus familiares. O cuidado do corpo visando à manutenção hemodinâmica e viabilidade dos órgãos para transplante e a relação com os familiares que vivenciam a dor da perda do seu familiar e, ainda, passa pela decisão de doar os órgãos ou não.

1.3 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

O fim da vida tem possibilitado discussões bastante polêmicas e contraditórias, pois envolve um tema que, ainda é um paradigma na sociedade contemporânea – a morte.

Ao longo da história, a vida, a morte e o sofrimento sempre promoveram debates em áreas como a ética, a moral e a religião, que buscam desvendar, de alguma forma, o significado da vida e da morte, inserido em uma determinada cultura, que mediante os valores vivenciados acabam por interferir no processo de morrer. A cultura orienta, organiza e estabelece comportamentos diante do cuidar em um grupo de pessoas ou em uma comunidade, assim os atos humanos geram um modo de ser na sociedade (Fernandes, Freitas, 2006).

A definição de morte como sendo a ausência de batimentos cardíacos e movimentos respiratórios, tornou-se insuficiente a partir dos avanços da medicina, que passaram por sucessivas transformações, como a ressuscitação cardíaca, a circulação extracorpórea e os respiradores artificiais. Passou-se, então, a aceitar o conceito de morte baseado em critérios neurológicos.

Então, surge a necessidade de determinação da morte encefálica, que permitiu resolver os problemas com a doação de órgãos e a realização dos transplantes (Neto, 2010), (Pita, Carmona, 2004).

No ano de 1959, dois neurologistas franceses: Moralet e Goulon (1959), após observarem alguns pacientes que supostamente apresentavam lesão cerebral irreversível em decorrência de ausência de sinais de atividade

eletroencefálica, quadro em que denominaram de coma depassé, notaram que rapidamente evoluíam, em poucas horas, para parada cardíaca irreversível. Nessa época já havia iniciado, e estava no auge, o transplante de rins e, na seqüência, o de coração, surgindo como decorrência, o crescente interesse pela definição de morte baseada no critério cerebral. (Gogliano, 2007)

Assim, acompanhando o desenvolvimento tecnológico nos Estados Unidos, em 1968, a Escola de Medicina de Harvard, adotou uma nova definição baseada em o coma irreversível como critério de morte, com o notório fim de beneficiar, com o transplante de órgãos os pacientes que dele necessitassem. (Mainete, 2007) Ao surgir, permitiu a possibilidade de resolver os problemas éticos e legais sobre a doação de órgãos e a realização dos transplantes. (Pita, Carmona, 2004). Sendo assim, a determinação do momento da morte tem sido a base para tomada de decisão acerca das questões sobre doação e transplantes de órgãos. (Boemer, Sampaio, 1997)

Esse movimento pela definição do critério de morte encefálica chegou ao Brasil, onde rapidamente deflagrou a movimentação, incendiando os debates em todas as camadas sociais para definição de morte.

Em 1997, a legislação brasileira através da promulgação da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que *“dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências”*, onde em seu art. 3º apresenta o critério de morte encefálica. Por conseguinte, o Conselho Federal de Medicina edita a Resolução CFM nº 1.480/97 que dispõe: A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida e traz os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica quais sejam: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra espinal e apnéia. (CFM, 1997)

Esse instrumento legal, que reconheceu a morte encefálica no Brasil, e elegeu o Conselho Federal de Medicina como órgão competente para estabelecer critérios de diagnóstico, fez com que o CFM editasse a Resolução nº 1.480/97, em substituição a de nº 1.396/91, reafirmando os critérios de morte encefálica (Neto, 2010).

1.4 ENTREVISTA FAMILIAR

A entrevista familiar é definida como uma reunião entre os familiares do potencial doador e um ou mais profissionais da equipe de captação, ou outro profissional treinado, a fim de obter o consentimento à doação (SES, 2002).

No Brasil, a lei exige o consentimento da família para a retirada dos órgãos e tecidos para transplante, que segundo o Decreto Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001 que altera os dispositivos da Lei 9.434/97(DOU, 1997b), que *“dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”*, depende da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

Na entrevista, o profissional não procura convencer e nem induzir a família para concordar com a doação dos órgãos do familiar, mas sim, informar e esclarecer sobre a possibilidade de opção pela doação dos órgãos. Deve ser realizada em um local apropriado, com todo o conforto possível, onde a família se sinta segura e acolhida. Durante a entrevista, que deve ser clara e objetiva, a família deve ser informada e esclarecida sobre o diagnóstico de morte encefálica e que, nessa situação, existe a possibilidade dos órgãos e tecidos serem doados para transplante (Cinque, 2008).

Segundo Santos (2010), ao encontrar a família do potencial doador para a realização da entrevista, o profissional do serviço de captação pode se deparar com familiares desesperados e/ou em estado de choque. Algumas vezes, são encontradas famílias perplexas, aflitas e com dúvidas quanto à informação do diagnóstico de morte encefálica. Essas atitudes e sentimentos são comuns aos familiares que perdem pessoa significativa e vivenciam a situação da morte encefálica.

Não existe uma regra a ser seguida, pois cada família apresenta uma reação frente à tomada de decisão da doação de órgãos. Nesse momento, o enfermeiro deve estar preparado para compartilhar sentimentos, esclarecer

quaisquer dúvidas, estar seguro e passar transparência aos familiares (Moraes, Massarollo, 2009), (Cinque, 2008), (Lima, 2007) (Santos, 2010), (Guarino, 2005).

Quando ocorre a recusa familiar encerra-se o processo, informando à CTX o motivo da recusa, mas, caso os familiares optem pela doação, os responsáveis legais assinam o termo de autorização de doação e é dada continuidade ao processo.

1.5 EXTRAÇÃO DOS ÓRGÃOS E TECIDOS E A LIBERAÇÃO DO CORPO

Após a autorização familiar, iniciam-se vários procedimentos técnicos e administrativos para a viabilização dos órgãos. O SPOT comunica os dados indispensáveis do doador à CTX, que incluem dados pregressos, idade, tipagem ABO, uso de drogas vasoativas e antimicrobianos, exames bioquímicos, hematológicos e gasométricos, sorologias, avaliação eletrocardiográfica e radiológica e, quando necessário, ecocardiograma e cateterismo cardíaco. Após essas informações à CTX, através da lista única, em que todos os pacientes estão inscritos, informa as equipes transplantadoras o receptor que foi selecionado.

O horário da cirurgia é marcado, no mínimo de quatro horas e no máximo de seis horas, a partir da notificação à CTX, a fim de que esse tempo seja hábil para a distribuição dos órgãos, preparo das equipes transplantadoras e convocação dos receptores. O momento fixado pode ser alterado por necessidade do SPOT ou das equipes de transplante.

Durante a cirurgia, o enfermeiro recebe, coordena e acompanha as equipes de captação, visando ações sistematizadas e cuidando pelo cumprimento da legislação vigente frente à extração dos órgãos.

Após o término da cirurgia, a família é convocada para iniciar as providências para liberação do corpo, preparativos do funeral e sepultamento.

Os familiares devem receber o corpo condignamente recomposto, conforme previsto pela Lei 9.434/1997 (DOU, 1997a).

O enfermeiro atua ativamente em todas as etapas do processo de doação, que são inter-relacionadas, envolvendo uma equipe multiprofissional e mantendo constantemente um vínculo com os familiares. Essas fases requerem do enfermeiro competência técnico-científica, habilidades para lidar com situações conflituosas e conhecimento para tomada de decisão.

1.6 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, CONFLITOS E TOMADA DE DECISÃO

Os profissionais de saúde, apesar de terem suas ações norteadas pelos seus Códigos de Ética Profissionais, necessitam, muitas vezes, uma tomada de decisão que seja não somente apoiada nas normas expressas nos códigos vigentes, mas que implique atitudes que venham ao encontro das necessidades vivenciadas no cotidiano do seu trabalho (Alves, Évora, 2002), (Coelho, Rodrigues, 2006).

Gracia (2010) corrobora essa afirmação, ao referir que em virtude de tantas mudanças ocorridas em consequência do espetacular e surpreendente desenvolvimento que tiveram as ciências biomédicas na segunda metade do século XX, os códigos já não são suficientes para o direcionamento dessas profissões. Recorda que, nos tempos atuais, não é mais possível considerar apenas um caminho para afirmar princípios deontológicos como absolutos. É nesse contexto que o transplante de órgãos e tecidos está inserido, situação emergente do progresso da ciência, que traz à tona discussões acerca de tomada de decisão, que são geradoras de conflitos éticos decorrentes das etapas de captação, doação e transplante de órgãos. Esse cenário apresenta conflitos decorrentes da relação entre o potencial doador, receptor, familiar e profissional (Lima, 2007).

No exercício profissional da enfermagem, nessa área, parecem ser inúmeras as situações que podem provocar conflitos éticos frente à necessidade de tomadas de decisão, pois envolvem valores, argumentos e julgamentos morais (Coelho, Rodrigues, 2006).

Segundo Gracia (2005), conflito é um termo que deriva do latim e significa choque. Portanto, um conflito se produz quando se tem um choque entre dois elementos que convergem em certa situação e resultam incompatíveis entre si. Para esse autor, um conflito gera situações concretas e os conflitos trazem problemas. Os problemas são as vias possíveis de solução de um conflito, portanto, um conflito surgirá devido a problemas.

Outro termo utilizado é o dilema, que é uma eleição entre duas únicas possibilidades, excludentes entre si, de tal modo que há de se escolher necessariamente uma ou outra. É importante os profissionais saberem a diferença entre dilema e conflitos, pois no dilema só há duas possibilidades de escolha que são extremas e opostas entre si e, necessariamente, tem que se escolher entre uma e outra. No entanto, nos conflitos é necessário enfrentar os problemas e buscar, de forma prudente e racional, as melhores saídas para criar ou produzir as respostas possíveis. (Gracia, 2005)

Para resolução de conflitos, a análise ética dos fatos relacionados se faz necessária, além do conhecimento dos tipos de teoria ética, que direciona e sistematiza a tomada de decisão. São várias as teorias éticas e dentre elas podem ser citadas o Princípioalismo, que propõe quatro princípios que servem de referenciais para a análise de problemas éticos (Tom L. Beauchamp e James F. Childress); a Teoria das Virtudes, que tem o enfoque no caráter dos agentes (Edmund Pellegrino e David Thomasma); a do Cuidado, que tem a ênfase nas relações interpessoais (Carol Gilligan); o Liberalismo, que busca nos direitos humanos a afirmação da autonomia do indivíduo sobre seu próprio corpo e sobre todas as decisões que envolvam sua vida (Hugo Tristram Engelhardt Jr.); a Casuística, que acentua a importância dos casos e suas particularidades de onde podem ser tiradas as características paradigmáticas para analogias com outros casos (Albert R. Jonsen); o Utilitarismo também conhecido como consequencialismo, visa o bem para o maior número de pessoas, analisa as conseqüências das alternativas possíveis escolhendo a que produz maior utilidade, baseando-se no critério do maior bem para a sociedade como um todo (Peter Singer); o Kantismo (teoria baseada no dever), muitas vezes chamado de teoria deontológica, defendida por Kant, que propõe que o conceito ético do indivíduo deva se comportar de acordo com os princípios universais, conhecido como o princípio categórico de Kant, esse principio se apresenta

como uma obrigação independente de quaisquer desejo da pessoa (Immanue Kant).

Na área da saúde, uma das teorias muito utilizadas para a análise de conflitos éticos é o Princípioalismo. No enfoque principialista são propostos quatro princípios que são orientadores para a análise dos conflitos éticos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A palavra autonomia derivada do grego *autos* (“próprio”) e *nomos* (“regra”, “governo” ou “lei”) (Beauchamp, Childress, 2002), refere-se à capacidade do indivíduo de decidir sobre o que afeta ou possa afetar sua integridade, seu bem-estar, sua vida, nas diversas dimensões, de acordo com valores, crenças, prioridades e expectativas, livre de coação e manipulação, mediante as alternativas existentes e após os esclarecimentos necessários.

Para o indivíduo exercer sua autonomia é necessário ser livre, competente e esclarecido. Ser livre de influências para possibilitar a voluntariedade, competente para receber e avaliar a informação e esclarecido para poder tomar a decisão.

O princípio da não maleficência determina a obrigação de não causar danos aos outros, requerendo a abstenção intencional de execução de ações que causem danos. (Beauchamp, Childress, 2002)

A moralidade requer não apenas que tratemos as pessoas como autônomas e que nos abstenhamos de prejudicá-las, mas também que contribuamos para o seu bem-estar. (Beauchamp, Childress, 2002). Por beneficência entende-se “fazer o bem”, prevenir danos, sanar danos, requerendo, para isso, ação; e justiça refere- ao tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas. Refere-se à distribuição dos direitos e responsabilidades na sociedade. Esses princípios são deveres *prima facie*, que são aqueles que devem ser cumpridos, a menos que um dever entre em conflito, em uma situação particular, com um outro dever de igual ou maior valor. Assim, um dever *prima facie* é obrigatório, a não ser que seja sobrepujado por outras obrigações morais simultâneas.” (Goldim, 2004) Em geral, o dever da não-maleficência é mais rigoroso do que o dever da beneficência, entretanto, em casos de conflito, não há uma regra “*a priori*” que determine que evitar danos é preferível a proporcionar benefícios, pois os pesos dos princípios morais variam em cada situação.

Para resolução de conflitos, Gracia (2005) propõe que as decisões a serem tomadas não sejam verdadeiras ou falsas, mas sim prudentes ou imprudentes.

2 OBJETIVOS

- Conhecer a percepção de enfermeiros sobre os conflitos éticos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.
- Conhecer como são tomadas as decisões frente a conflitos éticos.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo descritivo procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos e tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno. O estudo exploratório tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. A abordagem qualitativa investiga realidades não mensuráveis como a significância das relações humanas, valores e crenças que permeiam intensamente as relações de trabalho de enfermagem (Minayo, 2006).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital de grande porte da cidade de São Paulo, que mantém 87% do seu atendimento dedicado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com todas as especialidades nas áreas clínicas, cirúrgicas e diagnósticas. É referência no país em casos de alta complexidade no tratamento de diversas doenças, inclusive transplantes de órgãos. É, também, um centro de ensino e pesquisa, mantendo programas de residência médica e especialização.

Sendo um hospital de grande porte, é freqüente aparecem potenciais doadores de órgãos, o que possibilitou a realização deste estudo nessa instituição.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que prestaram assistência a potenciais doadores na prática profissional, há pelo menos um ano. Esse período foi determinado para que fizessem parte do estudo, profissionais que tivessem vivenciado o processo de doação de órgãos. Esses enfermeiros estavam lotados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto e infantil,

Unidades de Internação, Pronto Socorro (PS), Centro Cirúrgico e Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

O número de enfermeiros não foi pré determinado, de acordo com o método adotado. Foram realizadas onze entrevistas, observando a ocorrência de repetição nos discursos e alcance dos objetivos propostos.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada após autorização da Instituição e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Esclarecemos que a cópia da carta de aprovação do CEP não foi anexada para a não identificação da instituição participante do estudo, mas encontra-se sob a guarda da pesquisadora.

Os dados foram coletados através de entrevista, com a utilização de um roteiro (ANEXO A), contendo duas partes. A primeira, de caracterização dos sujeitos, com informações referentes a: sexo, idade, estado civil, religião, tempo de atuação, setor de trabalho, tempo de formação, pós-graduação *stricto e lato sensu*, e cursos específicos na área de doação de órgãos e, a segunda parte, composta por questões norteadoras que possibilitassem o alcance dos objetivos propostos. Os profissionais estavam lotados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), adulto e infantil, Unidades de Internação, Pronto Socorro (PS), Centro Cirúrgico e Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

Foi realizado um pré-teste com enfermeiros para ajustes do instrumento e verificação da técnica de entrevista do pesquisador. Essas entrevistas foram realizadas com enfermeiros que cuidaram de potenciais doadores, que vivenciaram o processo de doação de órgãos e que se dispuseram voluntariamente a colaborar.

Após a realização do pré-teste, foram feitas as adequações necessárias relativas às questões norteadoras. Cabe esclarecer que as entrevistas realizadas no pré-teste não foram utilizadas no estudo.

Para convidar os enfermeiros para participar do estudo, foi solicitada ao Serviço de Educação Continuada da Instituição a relação de enfermeiros

coordenadores, para que pudessem informar quais profissionais se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo. As unidades que possuíam esses profissionais eram: UTI adulto e pediátrica, Unidades de internação, Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, e Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Foi feito contato prévio com os enfermeiros indicados, informando sobre os objetivos do estudo e verificando o interesse do profissional em participar.

Havendo manifestação de interesse, foi agendada a entrevista de acordo com a preferência do sujeito, relativa à data, horário e local, sendo que todas as entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho.

Antes do início das entrevistas, foram apresentados novamente os objetivos do estudo, esclarecidas dúvidas sobre o estudo e assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações e a voluntariedade de participação. Nesse momento, foi solicitada autorização para a gravação da entrevista, através de aparelho eletrônico próprio, informando que seu conteúdo seria transcrito e utilizado apenas com finalidade científica nesta pesquisa. As entrevistas com os sujeitos participantes foram realizadas, respeitando a privacidade dos mesmos, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

As entrevistas foram gravadas e transcritas para que fosse realizada a análise de conteúdo.

Os discursos foram coletados utilizando as seguintes questões norteadoras:

Você considera que na sua vivência profissional, alguma situação tenha sido um conflito ético para você? Você poderia falar sobre isso?

Você poderia relatar alguma situação referente a conflito ético que você tenha vivenciado ou observado no cuidado com o potencial doador de órgãos?

Frente à situação de conflito ético, como é tomada a decisão? O que é levado em consideração para tomar a decisão?

Cabe ressaltar que previamente às questões norteadoras, era informado o conceito de conflito ético, segundo Gracia (2005).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise de conteúdo descrita por Bardin (1977), que define como um conjunto de técnicas, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens e, que prevê as seguintes fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos pela inferência e interpretação (Minayo, 2006).

A pré-análise é a fase de organização do material, a sistematização da descrição dos dados coletados e a realização da leitura flutuante. Corresponde à organização inicial do material a ser analisado que desenvolverá sucessivas operações para elaboração de um plano de análise. Na leitura flutuante toma-se contato com os documentos a serem analisados e conhece-se os textos e mensagens neles contidas, deixando fluir impressões, representações, conhecimentos e expectativas. Essas leituras iniciais promovem uma visão ampla e geral a qual permite o pesquisador observar uma mensagem explícita de uma forma menos estruturada, porém mostrando indícios e pistas do campo a ser estudado.

Após a leitura exaustiva, surgem as unidades de análise (ou unidades de registro) que são importantes para o pesquisador, pois ele é orientado pelo problema de pesquisa a encontrar através de palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas as questões a serem respondidas. O tema pode ser uma escolha do pesquisador, que através de recortes do texto, são conseguidas, segundo um processo dinâmico e indutivo, as significações não aparentes do contexto.

Definidas as unidades de análise, ocorre a fase de exploração do material, que é o momento da codificação. Os dados iniciais são organizados e dão origem às categorias. Formular categorias, em análise de conteúdo, é um processo longo, difícil e desafiante.

Dessa forma, podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos do estudo e

que criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (Campos, 2004).

Mesmo quando o problema está claramente definido e as hipóteses (explícitas ou implícitas) satisfatoriamente delineadas, a criação das categorias de análise exige grande dose de esforço por parte do pesquisador. Não existem regras que possam orientá-lo, nem é aconselhável o estabelecimento de passos apressados ou muito rígidos. Em geral, o pesquisador segue seu próprio caminho baseado em seus conhecimentos e guiado por sua competência, sensibilidade e intuição.(Franco, 2005)

Esse longo processo de definição das categorias, na maioria dos casos, implica constantes idas e vindas da teoria ao material de análise, do material de análise a teoria, e pressupõe a elaboração de várias versões do sistema categórico. As primeiras, quase sempre aproximativas, acabam sendo lapidadas e enriquecidas para dar origem à versão final, mais completa e mais satisfatória (Franco, 2005).

A última etapa é a análise de conteúdo que compreende o tratamento dos resultados que propõem a inferência e a interpretação do conteúdo do discurso. A inferência, “operação intelectual por meio da qual se afirma a verdade de uma proposição em decorrência de sua ligação com outras já reconhecidas como verdadeiras” (Houaiss, 2012).

A partir da finalização das categorias, através das inferências, realiza-se as interpretações, interrelacionando-as com o referencial teórico e fundamentando a justificativa do estudo.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A caracterização dos sujeitos da pesquisa segue da seguinte forma: dos 11 enfermeiros participantes, nove eram mulheres e dois homens. Quanto à idade, a média foi de 32 anos, sendo a menor 26 e a maior 39 anos. Seis eram casados e cinco solteiros. A religião prevalente foi a católica, com oito participantes. A média do tempo de formação na área de enfermagem foi de oito anos, variando de 2 a 19 anos. O tempo de trabalho da instituição variou de 4 a 19 anos. Em relação à unidade de trabalho, o maior número de entrevistados era das unidades de terapia intensiva adulto e pediátrica. Quanto à pós graduação, nove dos enfermeiros fizeram curso de especialização, e, referente a curso sobre processo de doação de órgãos, sete dos enfermeiros tinham participado de algum curso, sendo quatro na própria instituição.

4.2 CATEGORIAS

A partir da análise das entrevistas dos enfermeiros, foram identificadas as unidades de registro que traziam o significado convergente ao objetivo do estudo, constituindo cinco categorias. São elas: 1-Dificuldade em aceitar a morte encefálica; 2-Não aceitação da equipe multiprofissional de desconectar o ventilador mecânico do paciente em morte encefálica não doador de órgãos; 3-Dificuldades da equipe multiprofissional durante o processo de doação de órgãos; 4-Situações que podem interferir no processo de doação de órgãos; 5-Tomada de decisão frente a conflitos éticos.

Foram identificadas cinco categorias que convergem para o objetivo da pesquisa.

Os discursos dos enfermeiros foram identificados por letra e número, como exemplo E01, correspondendo a letra E ao entrevistado e o número, à ordem da entrevista realizada pelo pesquisador.

4.2.1 Categoria 1: Dificuldade em aceitar a morte encefálica

Na categoria Dificuldade em aceitar a morte encefálica, foi identificado que essa dificuldade ocorre tanto para os profissionais quanto para os familiares dos potenciais doadores, gerando conflito ético para os enfermeiros.

A dificuldade dos profissionais é conseqüente à manutenção do paciente em morte encefálica (ME) no respirador, gerando a sensação que ainda existe vida, pois o coração continua batendo. Apesar do conceito de morte não ser apenas ao da parada cardiorespiratória, mas, também, ao de ausência de atividade cerebral, ainda existem muitas incertezas entre os profissionais de saúde, pois a crença de que há vida enquanto o coração bate é muito presente na nossa sociedade.

(...) o maior conflito é a gente admitir que o paciente ele está no respirador, (...) após os testes concluídos de morte encefálica (...) esse é um grande conflito é uma grande dificuldade pra gente, nós enfermeiros explicamos pra nossa equipe (...) (E1.4)

(...) então esse é o conflito maior por que a gente ainda tem na nossa mente que ali tem uma vida sabe ta batendo o coração, (...) Esse é um dos conflitos (...) (E5.4)

Os profissionais de saúde manifestam sentimentos ambíguos, que se confrontam no cuidado com o potencial doador, pois, ao mesmo tempo que reconhecem que a morte de uma pessoa possibilitará que outras pessoas continuem vivendo, consideram que mesmo o cérebro não funcionando, o coração está batendo e a pessoa deve ser cuidada da mesma maneira, pois é como se ela estivesse viva.

Infelizmente a gente tem que pensar no que é melhor, (...) a gente vai ter que cuidar mesmo daquele paciente a gente tem que levar a questão ética, querendo ou não ali ainda tem uma vida que vai dar vida pra outras pessoas, tudo bem que o cérebro não funciona mais, mas a gente tem que cuidar dele, tem que cuidar dele até que seja dada a última palavra final, porque enquanto bate o coração pra mim assim a gente tem que está cuidando, se a gente tem

cuidado pós morte porque não vai ter cuidado com esses pacientes, então a gente tem que infelizmente a gente tem que cuidar desse paciente da mesma maneira que ele tivesse ali, para mim é como ele tivesse vivo, (...) (E5.3)

É constatada, ainda, a resistência dos profissionais em iniciar o protocolo de morte encefálica, pela dificuldade em lidar com a morte e aceitar a morte encefálica, fazendo com que seja dificultada a comprovação da ME como morte. Sendo assim, parece ser mais fácil dificultar o andamento do processo evitando o contato com pacientes que poderiam ser potenciais doadores.

(...) existe uma dificuldade da equipe médica de constatar isso (morte encefálica). Depois existe uma dificuldade em realizar o teste de morte encefálica. A gente acredita que possa ser porque os médicos, eles tem uma dificuldade de lidar com a morte [encefálica].(...) Outra questão é a questão em que as pessoas, elas não acreditam na morte, que elas fazem de tudo para que o processo realmente não de certo.(...) Mas eu acredito que o maior conflito é entre os profissionais mesmo. Eles não acreditam na morte encefálica (...) (E11.1)

Segundo Vieira e Rosa (2006), as práticas médicas e de enfermagem, atualmente, diante dos avanços e recursos tecnológicos, travam uma batalha de conhecimentos e de pressões culturais. Muitas vezes, essas situações implicam em mudanças de valores perante a vida, gerando insegurança aos profissionais e implicações ao paciente.

Em relação à dificuldade dos familiares em aceitar a ME, essa é uma situação identificada já no momento da entrevista, onde é sentida a dificuldade de esclarecimento dos familiares pelos profissionais. Diante de uma experiência que gera sofrimento – a morte, instintivamente todo ser humano tem o impulso de se defender, cada individuo tem uma reação ou uma diversidade de reações que são evidenciadas pela revolta, pela dúvida, por medo e por negação da situação presente.

(...)o maior problema geralmente acontece nas entrevistas mesmo. (...) explicar aos familiares é difícil(...) e os familiares não aceitam de jeito nenhum que o ente querido dele que estava internado já tinha falecido, eles não aceitavam mesmo.(E1.8)

Diante desse contexto, existem algumas justificativas que sustentam a dificuldade em aceitar a morte do ser humano, independente da situação ou posição em que cada indivíduo ocupa na sociedade. Essa realidade demonstra que a sociedade passa por uma mudança no seu cotidiano e que o homem, ainda, tenta compreender as mudanças acerca da definição da morte. Essas mudanças precisam de tempo para se criar novas concepções e vivências para acompanhar as modificações culturais e valores da humanidade.

4.2.2 Categoria 2: Não aceitação da equipe multiprofissional de desconectar o ventilador mecânico do paciente em morte encefálica não doador de órgãos.

Essa categoria refere-se aos conflitos dos enfermeiros decorrentes da não aceitação pelos médicos e por eles próprios, de desconectar o ventilador mecânico do paciente em morte encefálica não doador de órgãos. A necessidade de desconexão do ventilador mecânico, frente à não aceitação desse procedimento, é considerada um dos maiores conflitos vivenciados pelos profissionais no processo de doação.

Apesar do conhecimento da existência de legislação e de protocolo institucional que respaldam essa ação, os profissionais explicitam a não aceitação, questionando, inclusive, que se essa for uma imposição, quem deveria realizar tal conduta.

A dificuldade não se refere apenas à desconexão do aparelho, mas, também, em esclarecer os familiares sobre essa situação. Outra dificuldade é decorrente da dúvida de como deve ser feita a anotação de tal procedimento.

(...) o maior de todos conflitos que aconteceu foi quando veio mesmo o protocolo mesmo de desligar os aparelhos esse foi um grande conflito porque ninguém queria desligar, nem o médico nem o enfermeiro, então nesse momento foi bem difícil (...), principalmente quando a gente tinha que entrevistar os familiares e explicar isso pra eles, o paciente já está morto que não tem pulso cerebral e que ele já não estava mais ali, então houve conflito religioso e a gente ficar, puxa a gente vai desligar? quem vai desligar? O médico, o enfermeiro? Como a gente vai fazer a anotação e isso foi o maior problema(...)(E1.5)

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1997 editou a Resolução nº 1.826/07, que “*dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos terapêuticos quando da determinação da morte encefálica de indivíduo não doador*” e, que “o cumprimento da decisão mencionada deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada em prontuário” e “a data e hora registradas na declaração de óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica” (Resolução 1.826/07). Essa Resolução possibilitou a suspensão de suporte terapêutico do paciente com o diagnóstico de morte encefálica não doador de órgãos, justificando que a suspensão, nesses casos, evita gastos desnecessários e o prolongamento do sofrimento dos familiares, além de demonstrar o cumprimento legislação.

Assim, surge o questionamento sobre a dificuldade em aceitar tal condição, pelos profissionais de saúde, sendo que existe o amparo legal e o respeito aos preceitos éticos. Estudo realizado por Moraes et al (2011), com médicos intensivistas avaliando a percepção frente à desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos, evidenciou os motivos relatados por aqueles que não suspenderiam o suporte ventilatório: respeito aos valores pessoais, culturais e sociais; receio de conflitos com os familiares que não aceitassem a doação de órgãos; receio de problemas legais; despreparo da sociedade para aceitar o procedimento e crença da família na reversão do quadro do parente.

Em outro estudo (Schein et al., 2008), relativo à avaliação de intensivistas sobre morte encefálica, é demonstrado que o nível de conhecimento desses profissionais, sobre morte encefálica, ainda é insuficiente e, apesar dos fatores responsáveis por essa situação terem sido analisados, foi considerada a existência da negação da morte encefálica como morte, pelo fato de muitos participantes do estudo terem referido que o horário do óbito do doador é o horário da retirada dos órgãos.

Uma pesquisa com alunos de medicina, sobre o conhecimento referente à morte encefálica, apontou um nível de conhecimento relativamente baixo, devido, em parte, ao pouco contato que os estudantes têm sobre o assunto durante a graduação. O que chama a atenção é que esses mesmos estudantes apresentaram grande resistência em suspender o suporte artificial de

manutenção dos órgãos do paciente com diagnóstico de morte encefálica não doador de órgãos. (Bitencourt et al., 2007)

Bitencourt et al., (2007) em seu trabalho cita alguns estudos relacionados ao tema: estudo realizado no México, em 1997, avaliando 114 médicos generalistas, especialistas e estudantes de Medicina, encontrou que 37% dos entrevistados acreditavam que os pacientes com diagnóstico de ME deveriam continuar recebendo tratamento intensivo até ocorrer à parada cardíaca. Já, na Polônia, em 1996, num estudo que avaliou o conhecimento sobre doação de órgãos de 1010 médicos generalistas, neurocirurgiões e anestesistas, 926 enfermeiras de UTI ou neurocirurgia e 1760 estudantes de medicina do país, foi encontrado que 100% dos médicos e 80% dos estudantes e enfermeiras aceitavam o conceito de ME, no entanto, apenas 44% dos médicos estavam preparados para desligar os aparelhos. Esses dados evidenciam a dificuldade dos profissionais de saúde em aceitar o diagnóstico de ME como morte. (Bitencourt et al., 2007). Estudo realizado por Lago et al (2007), também evidencia a dificuldade dos profissionais em aceitar o diagnóstico de ME como morte e chama a atenção quanto ao tempo de retirada do suporte de vida após o diagnóstico de ME, que foi superior a 24 horas.

Quando o enfermeiro reconhece que a norma institucional de desligar o ventilador mecânico do paciente em ME não doador de órgãos deve ser seguida, encontra barreira pela não aceitação dessa conduta pelos médicos, criando um impasse para o desligamento do aparelho. Essa situação gera desconforto por manter uma pessoa falecida com suporte, além de não poder atender o desejo da família de receber o corpo para ser velado.

(...) gente percebe que assim (...) quando já foi diagnosticado morte encefálica, quando foi feita a abordagem, a família fala não, se manifesta que não tem a vontade da doação existe a lei que respalda eles a fazerem, desligar, retirar o suporte. E a gente percebe a resistência que algumas equipes tem. Então assim a gente vê que o cadáver fica aí tempos com o suporte ligado porque o médico não tem essa conduta de ir lá e desligar, ele não acredita nisso. Então eu vejo isso como conflito grande aqui dentro.(E4.7)

Uma outra questão, por exemplo, é pra retirar o suporte, aqui já foi convencionado, via diretoria que iria se tirar o suporte. O que acontece? Muitas vezes os médicos não querem retirar.(...) Eles não tiram o suporte você tem que ficar com esse impasse, você conversa com um você conversa com outro, e fala com um, é assim é bem complicado, porque a sua preocupação é a família que quer o corpo, você não entrega o corpo, você não está fazendo nada de errado, mas tem um problema bem sério aí nisso que tem médicos que não retiram o suporte. (E 11.3.2)

Além da não aceitação de médicos para a desconexão do aparelho, para o enfermeiro, a sensação de desconectar o aparelho de uma pessoa com o coração batendo gera a impressão de que ele está terminando de fazer algo, sendo sentido como se estivesse “matando” o paciente. Essa sensação é reiterada quando surge a situação para desconexão, pois fica a indagação se o médico vai desligar ou não, gerando a dúvida se deve deixar o paciente morrer ou não.

Outra situação que reforça essa percepção do enfermeiro é quando ele refere que, caso acontecesse do diagnóstico de morte encefálica ser feito em algum familiar seu, ele não aceitaria que desligassem o ventilador, justificando que tudo deve ocorrer de forma natural.

(...)por que muitos médicos aqui da UTI eles são contra, eles são contra em relação a isso mesmo eles até falam “eu não! Eu não vou desligar o aparelho não. (...) então esse é o conflito maior por que a gente ainda tem na nossa mente que ali tem uma vida sabe, ta batendo o coração, parece que você esta matando parece que estou terminando de fazer o serviço sabe, parece que você esta matando. Esse é um dos conflitos, (...) as pessoas que você falar assim “eu não sei se esse médico vai desligar. Nossa “B” será que ele vai desligar o aparelho? Ai meu Deus vão desligar o aparelho?!” (...)É muito conflito em relação a isso, tira ou não tira a droga, mantém a droga vasoativa ou não mantém, é deixa ou não descansar o paciente, deixa ele morrer ou não deixa... (...) (E5.4)

(...) saiu uma portaria não sei dizer direito que agora pode desligar os aparelhos e ai eu fico me questionando eu deixaria desligar os aparelhos da minha família se fosse um familiar meu? Eu não deixaria, mais aqui é aplicado essa medida, eu ainda não vi aqui na UTI "X", mas na UTI "Y" já foi feito isso. Eu sou contra tudo, eu não consigo aceitar isso por que se fosse um parente meu, não ia aceitar, eu ia deixar que as vias naturais sejam feitas, não ir uma pessoa lá e, desligar o aparelho, que sejam feitas as coisas naturalmente. (E5.3)

Segundo Lago et al., (2007), a retirada do suporte pode gerar o desconforto, já que o indivíduo aparenta estar vivo, uma vez que seu corpo está sendo mantido através de suporte artificial. Entretanto, os critérios de morte encefálica parecem ser aceitos, tanto que não há resistência na retirada dos órgãos para transplante e, sim, na desconexão dos aparelhos. Essa contradição leva a crer que a ME é considerada apenas para a realização de transplantes, quando, na verdade, ela é morte, independente da utilização dos órgãos ou não. Apesar de existir a Resolução que respalda essa conduta, o fato do coração ainda estar batendo dificulta a realização do procedimento. Essa dificuldade aumenta quando existem conflitos entre a equipe médica e os familiares, ou quando valores pessoais e religiosos estão envolvidos. Algumas culturas e grupos religiosos não aceitam a morte enquanto as funções vitais não cessarem. (Moraes, 2009) (Lago et al., 2007).

No estudo realizado por Bitencourt et al (2007), foi demonstrado que, apesar dos estudantes de medicina acreditarem no diagnóstico de morte encefálica, um percentual significativo não era doador de órgãos. Na opinião dos estudantes avaliados, os principais fatores que dificultam o diagnóstico são os aspectos éticos, morais e religiosos, seguidos de baixo conhecimento técnico-científico por parte dos médicos. Os primeiros estão relacionados a opiniões e crenças individuais.

Outro conflito evidenciado pelos enfermeiros é a manutenção de um morto na UTI recebendo suporte terapêutico e ocupando um leito desnecessariamente. Os enfermeiros relatam, ainda, dificuldades com os familiares que se opõem à retirada do suporte do seu familiar, acreditando em um milagre e que seu familiar irá voltar à vida.

Aqui nesta instituição nós fazemos a retirada do suporte, porque foi colocada de uma forma assim para a família e a família também não aceitou, nem a doação e nem a retirada de suporte. O cadáver ficou lá mais cinco dias dentro da UTI, então assim, um morto na UTI recebendo medicação, recebendo alimentação, usando um leito de UTI, como é que fica essa questão?(E 11.3)

Outro problema é quando eles não aceitam quando está morto, não aceitam desligar o aparelho porque acha que vai acontecer um milagre. (...) todos os familiares vem despedir eles fazem oração e não aceitam que desliga porque vai, acham que o familiar vai ressuscitar vai voltar à vida. (...) (E1.8.1)

A não aceitação da morte encefálica tem dificultado a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos, contrapondo os princípios éticos. Por esses motivos, suspeitar quando um paciente pode estar em ME, confirmar esse diagnóstico e conduzir esses casos é fundamental, não só para melhorar a alocação de órgãos para transplante, como, também, para evitar a manutenção artificial de pacientes que já estão mortos e, com isso, evitar a ocupação desnecessária de um leito de UTI. Estudo realizado pela Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia (SOTIBA) evidenciou que a falta de conhecimento acerca dos critérios de ME culmina na desinformação quanto aos aspectos éticos e legais desse diagnóstico, gera atitudes incoerentes e contribui para a realização de intervenções desnecessárias em pacientes mortos (Lago et al., 2007).

4.2.3 Categoria 3: Dificuldades da equipe multiprofissional durante o processo de doação de órgãos.

Nessa categoria, a análise dos discursos evidencia conflitos dos enfermeiros durante o processo de doação, que estão relacionados com a falta de conhecimento da equipe médica, principalmente na realização do protocolo de morte encefálica, e com a falta de comprometimento dos profissionais,

levando ao descaso e à uma assistência não adequada ao paciente em morte encefálica.

Os enfermeiros relatam que as dúvidas da equipe médica, que são relacionadas a como e quando realizar os testes de ME, constituem uma situação geradora de conflitos, tanto para os familiares, pois devido a esse despreparo a família é informada sobre o diagnóstico de ME antes dele ter sido realizado, quanto para a equipe de enfermagem, que após o fechamento do protocolo fazem questionamentos que evidenciam incertezas e dúvidas relativas à comprovação da morte.

Essa situação é exacerbada, quando entre as equipes médicas existem diferenças de opiniões sobre o modo correto de seguir o protocolo.

(...) a equipe médica ela ainda tem dúvida quando pode iniciar um protocolo, quando não pode, faz a abordagem na hora de conversar com a família, na abordagem com a família não é assim (...) não iniciou nem os testes, não abriu nem o protocolo e está dando o diagnóstico, então eu percebo que é o maior conflito e a equipe de enfermagem em relação ao despreparo. Uma vez que está iniciando o protocolo a gente vê vários questionamentos da equipe de enfermagem, (...)depois que fechou o protocolo “mas mexeu o braço, mexeu a perna” então eu acho que essas coisas atrapalham bastante (...) (E4.3)

(...) Então a equipe na maior parte eu percebo que concorda que quer aprender quer fazer, mas ainda tem muita dúvida com relação a como anotar, como proceder, isso às vezes gera conflitos, gera divergências porque eu acho que até na equipe de captação também tem as diferenças de opinião sobre o correto, como fazer, como anotar como orientar entre um e outro. (E 3.2)

O diagnóstico de morte encefálica é de extrema importância no contexto dos cuidados intensivos, devido à necessidade de aumentar o número de doações e transplante de órgãos. Além disso, o atraso ou falha nessa etapa resulta em aumento de investimentos desnecessários, diminui a rotatividade dos leitos nos hospitais e aumenta o sofrimento e a angústia dos familiares.

Apesar desse consenso bem estabelecido, ainda parece haver dúvidas relativas à realização do protocolo de ME, entre muitos profissionais de saúde.

Uma situação complicada e, também, geradora de conflitos éticos para os enfermeiros é relacionada à forma correta de se fazer o protocolo de morte encefálica, pois é relatado que a equipe médica não segue os passos e que cada um faz de um jeito, surgindo, assim, alguns questionamentos e um sentimento de dúvida e insegurança relativo à realização correta do teste de ME.

(...) me parece que cada um faz de um jeito e eu não consigo ah... eu tenho os passos, eu tenho uma folha como realiza, quais os testes que se realiza, em qual período realiza mas eu não percebo que isso é feito de maneira uniforme. Então eu acho que isso é importante uniformizar a maneira como se faz, porque chega um momento, que a gente fica pensando assim "Ai meu Deus será que era mesmo morte encefálica porque cada hora é feito de um jeito. Será que é mesmo será que não é?" A gente acaba pensando isso. (...) (E 3.6)

(...) a gente sabe que trabalha com todo um protocolo que tem de ser seguido e esse protocolo na verdade ele é seguido da forma que eles acham melhor. (...) eu acho que realmente o protocolo deveria ser mais bem divulgado pelas equipes médicas (...) a equipe médica que acaba travando mais. (E 8.6)

As justificativas podem estar calçadas por vários fatores, sendo um deles a falta de conhecimento de como deve ser iniciado o protocolo. Estudo realizado por Shein et al (2008), sobre o conhecimento de intensivistas a respeito de morte encefálica evidenciou que o nível de conhecimento sobre morte encefálica entre os médicos ainda é insuficiente e que, frente a essa constatação, há a possibilidade de não ser feito o diagnóstico de ME em pacientes que preenchem os critérios para tal.

Bitencourt et al (2007), em pesquisa sobre o conhecimento da morte encefálica por estudantes de medicina, demonstrou que o conhecimento dos estudantes de medicina era limitado. Nesse trabalho foi mostrado que esta dificuldade está relacionada, principalmente, à falta de abordagem prática do

tema, como os exames clínicos e complementares a serem realizados e as condutas a serem tomadas em cada fase do protocolo.

Outro conflito relatado por enfermeiros refere-se ao horário do óbito do paciente em ME, mesmo depois de fechado o protocolo.

(...) a gente já teve até alguns problemas aqui relacionados a preenchimento de atestados depois de todas as confirmações assim tinha muitos empecilhos na questão médica, relacionada ao preenchimento de termo (E8.1.2)

É comum na nossa vivência, ainda nos depararmos com dúvidas relativas ao preenchimento do atestado de óbito, pois muitos acreditam que o óbito se dá no momento da retirada dos órgãos. A falta de esclarecimento sobre a legislação que define a hora do óbito do paciente com diagnóstico de ME e a afirmação de que o óbito se dá no momento da retirada dos órgãos, além de incorreta, pode comprometer toda a credibilidade do processo de captação de órgãos, gerando uma discussão ainda maior do ponto de vista legal, pelo fato de estar sendo violada a lei brasileira de transplantes. (Bitencourt, 2008) Nesse estudo também foi identificado o elevado número de médicos intensivistas que acreditam que o horário da retirada de órgãos é o horário do óbito do doador.

Os enfermeiros relatam alguns conflitos em relação à assistência ao potencial doador, demonstrado pela falta de interesse e de importância no cuidado com o mesmo. O paciente em ME, muitas vezes, é visto pelos profissionais como não tendo mais jeito, pois já está morto mesmo. Observa-se que a equipe não se preocupa em cuidar, demonstrando que é preferível cuidar de pessoas que têm chance de vida e não de um morto.

Essa situação é conflitante para o enfermeiro, porque demonstra a falta de comprometimento da equipe multiprofissional que resulta no descaso com o processo de doação de órgãos e consequente assistência inadequada ao paciente em ME.

“Situações que ocorriam com quase todos doadores, que era uma coisa que a gente tentava contornar, explicava, mas assim sempre acabava ocorrendo (...), por exemplo, a gente chega numa unidade ai assim ele, todo mundo bem cuidado e aquele paciente isolado, aquele doador na

verdade isolado. (...) E ai você vai conversa com o enfermeiro, conversa com o auxiliar “ah, mas ele não tem mais o que fazer mais, ele já foi. Não tem mais o que fazer mais ele já não serve pra nada” infelizmente a gente ouvia algumas situações dessas e ai (...) explicava o porquê e o cuidado que aquele paciente tinha na verdade. (...) só pelo fato de ele estar com o diagnostico ali fechado de morte encefálica não quer dizer que os cuidados em relação a esse paciente teriam de ser abandonados. (...) (7.5)

(...) na verdade ninguém dá muita importância, sabe aquela história eu vejo na televisão eu ouço falar, sei o que é, sei da importância, mais quando eu vivencio quando eu tenho o trabalho eu não quero então dar-se muito pouco a importância é o fazer por fazer é o seu eu não poder fazer, se eu puder deixar pro outro e passar para o próximo plantão, (...) está morto e o porquê de todo o trabalho, porque toda a preocupação vamos dar mais atenção para aquele que tem chance do que para aquele outro (...) está morto e eu não preciso mais me preocupar, então eu faço o que der, a eu deixo pro outro fazer, eu faço então é feito de qualquer jeito, não existe uma preocupação, não existe essa preocupação, então é sempre assim se eu puder deixar para o outro eu deixo para o outro e não seja comigo. (E9.2)

(...) eu acho que o problema maior está aí. (...) eu não sei te dizer se é falta de informação, mas é falta de interesse pra que a informação (referindo-se ao inicio do protocolo de morte encefálica) chegue até você, o que a gente sente o que eu sinto é muita falta de interesse, (...). É muita falta de interesse dos colegas como um todo. (...) Faz pela metade, não procura realmente ver se é daquela forma que é pra ser feito, então pra mim é falta de interesse. E gera os conflitos e a ética com certeza, gera. (E2.3)

Segundo Monteiro et al., (2008), “cuidar eticamente do outro é atitude que leva à reflexão”. Ao cuidar de um paciente é preciso que o profissional o veja como ser humano, com suas necessidades afetadas, fragilizado, merecendo respeito e atenção. Enfoca que o trabalho de enfermagem é comparado ao processo de evolução da sociedade, que tende à desumanização, levando a um cuidado descompromissado.

Segundo Guido et al., (2009), percebe-se que as emoções da equipe de enfermagem se modificam de acordo com a gravidade dos pacientes e que, quando esses assistem pacientes em morte encefálica, que necessitam de cuidados intensos, o ambiente torna-se mais desgastante, exigindo maior adaptação dos profissionais.

A assistência de enfermagem é fundamental para a manutenção do doador e da qualidade dos órgãos a serem utilizados. Nesse sentido, observa-se que as crenças e valores relacionados aos cuidados de manutenção do potencial doador de órgãos interferem ou determinam o distanciamento em relação ao paciente e conseqüente prejuízo na assistência.

Segundo Lemes, Bastos (2007), as reações da equipe de enfermagem frente ao paciente com morte encefálica são descritas como desumanas e tendo dificuldade para cuidar. O fato dos membros da equipe não conseguirem lidar com suas emoções e seus conflitos internos poderá levá-los a não prestar assistência qualificada ao paciente.

O profissional da saúde frente à situação que cause desconforto, ele se fragmenta e se isola, ao lidar com situações angustiantes, dificulta o cuidar do outro, o que poderá explicar a dificuldade da equipe em cuidar dos pacientes em morte encefálica, pois o universo desses pacientes é cerceado por situações de sofrimento e impotência (Lemes, Bastos 2007).

Para o enfermeiro, a indisponibilidade médica é um fator que gera conflitos, pois o potencial doador é visto com menor prioridade no setor. É identificada pelo profissional de enfermagem, a necessidade de cuidados intensivos, para que possa existir a possibilidade de efetivar a doação de órgãos, entretanto, a ausência médica prejudica a continuidade desse processo.

Além disso, o enfermeiro tenta orientar e informar a equipe médica, de forma sutil, sobre as necessidades no processo de doação, entretanto essa atitude nem sempre é aceita.

(...) alguns casos de potenciais doadores conosco em que a equipe não queria ter trabalho mesmo, "ah não deixa pra outro ver, deixa pra outro fazer o outro faz, ou fazer errado, sabendo que está fazendo errado, você está tentando mostrar que está errado, (...) Então é complicado

você ver que está fazendo errado, você tentar colocar isso de uma forma sutil sem ter aí brigas e mostrar isso pro outro principalmente quando você está falando com outra equipe de outra área. (E9.4)

(...) não sei se é porque nós estamos numa sala de emergência (...) o doador de órgãos é a menor prioridade que eu vejo talvez pela equipe médica. (...) mas assim aquele que é o potencial doador ele acaba ficando esquecido fora de prioridade. Isso é um problema. (E 4.4)

(...) o principal problema que eu tenho, é que assim, o médico, (...) que tá acompanhando esse paciente ele não fica ali constantemente. Ele muitas vezes, ele sobe para o centro cirúrgico, vai atender um paciente no andar. Então assim ele não acaba assistindo aquele paciente ali nas vinte e quatro horas, (...). Ele é um potencial doador. Só que assim, ele não tem uma, uma vigência constante dele, assim, aquele investimento nele. (...) E aí assim os principais conflitos que eu tenho é mais assim em relação à parte médica mesmo. De não ter um médico ali acompanhando, de algumas vezes eu abordar o cirurgião e ele falar: ah, esse paciente não é meu, (...) são os principais problemas que eu tenho assim os conflitos. (E10.3)

(...), a falta de conhecimento até no desenrolar da situação de um potencial doador de órgãos. (...) questões que a enfermeira vinha pra poder abordar que é pra poder da um norte relacionado aos pacientes que poderiam ter uma doação efetiva (...) naquele momento ela sabia o que ela deveria fazer o que ela deveria realmente estar orientando a equipe médica e muitos acabavam não aceitando. (E8.1.1)

(...) ainda tem muitos problemas assim da parte medica eu acredito que seja da falta de comprometimento pra pode estar realmente efetivando essa doação e assim e acho que até a falta de... como poderia dizer? A falta de... profissionalismo, acho que essa é a palavra, profissionalismo mesmo.(E8.1.3)

Segundo Lemes, Bastos (2007), as falhas no processo de doação de órgãos dizem respeito, sobretudo, às condições técnicas do trabalho dos profissionais no cuidado de manutenção adequada com esses pacientes. Afirma que algumas das causas que inviabilizam o aumento de potenciais

doadores de órgãos é a indisponibilidade médica e falha nos testes de morte encefálica.

O universo da doação de órgãos: vida e morte, dois extremos com os quais o profissional de saúde se depara todos os dias. Luta-se pela manutenção da vida, mas no caso dos pacientes em morte encefálica, essa luta não é encarada dessa forma. O tema morte encefálica é polêmico, mas faz parte do processo de trabalho na organização hospitalar.

Os cuidados prestados ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos são desgastantes, devido às várias alterações fisiológicas, principalmente hemodinâmicas, que se não manejadas de forma rápida e efetiva, podem comprometer a manutenção e doação de um ou mais órgãos. Cabe ressaltar que alguns desses cuidados competem exclusivamente à equipe médica e dependem, inicialmente, da conduta da mesma para a continuidade do cuidado.

Assim, pode-se dizer que o processo de captação de órgãos remete a diferentes situações e emoções. Ele remete ao conhecimento técnico-científico, à subjetividade e à relação com pacientes e familiares com conceitos, crenças e atitudes variadas, num tempo muito curto e de grande complexidade.

Dessa maneira, acredita-se que as reações da equipe de saúde relatadas nos discursos, como falta de conhecimento, descaso, falta de comprometimento e de profissionalismo podem ser justificadas através de vários estudos realizados (Lemes, Bastos, 2007), (Monteiro et al., 2008), (Guido et., 2009). No geral, as pesquisas revelam que a falta de conhecimento sobre o processo de doação de órgãos tem um impacto negativo sobre as atitudes das pessoas em relação à doação, mesmo entre profissionais de saúde. Culmina com a não identificação de potenciais doadores e resulta na não realização do protocolo de morte encefálica, evidenciada, na prática, pelas ações dos profissionais envolvidos.

4.2.5 Categoria 4: Situações que podem interferir no processo de doação de órgãos.

Nesta categoria estão presentes conflitos identificados pelos enfermeiros, que podem interferir negativamente no processo de doação de órgãos, que são: a crença religiosa, a falha na comunicação e a escassez de recursos humanos e materiais.

A primeira delas, a crença religiosa, é vista pelos enfermeiros como uma situação presente no processo de doação e que eles precisam estar preparados para enfrentá-la, pois percebem que por motivos religiosos, em alguns casos, os familiares recusam a doação. Relatam que existe a necessidade de explicação e esclarecimentos aos familiares em relação à doação de órgãos e religião.

(...) tem aqueles conflitos (...) que por questão de valores, religiões (...) na verdade a gente tinha de estar é preparado e saber contornar essas situações, explicar mais assim foram situações que assim sempre acabavam acontecendo assim na captação mas relacionadas há questões de religião essas coisas mesmo. (...) (E7.2)

Religião assim mais questão de... por não ser doador, de a pessoa achar que não poderia doar (...) pacientes e familiares é da religião de Testemunha de Jeová que eles tem esse problema na verdade nem todos estão esclarecidos do... quanto a doação de órgãos, (...) a gente acabava contornando explicava direitinho que poderia ser doador, que estava doando órgão não estava envolvendo sangue (...) alguns acabavam entendendo, (...) teve momentos em que se perdeu um doador por questão de religião. (E7.3)

(...) Tem situações que, por exemplo, um conflito ético em questão a religião, teve uma família, entrou a esposa com 2 filhos e 2 pastores. Só que quem acompanhou o Doppler o exame complementar foi o pastor, e na hora de entrevistar antes de falar alguma coisa o pastor já

começou a apresentar a falar assim que nós estamos matando, que nós estamos fazendo coisa errada, que a instituição era ruim, (...) a questão religiosa dele era tão forte (...) só o pastor falava e deixava bem claro a questão religiosa e não deixava ninguém falar nada. (E11.3.1)

A religião é um fator determinante na tomada de decisões das pessoas em qualquer área de suas vidas. É base para a criação de normas e aspectos éticos e morais, bem como para a organização da convivência entre os seres humanos. (Ambrosina, Regina, 2011).

Estudo recente realizado por Ambrosina, Regina (2011), através de revisão integrativa sobre crença religiosa e doação de órgãos e tecidos, constatou que nenhuma religião é absolutamente contrária à doação de órgãos, entretanto, o grau de entendimento das religiões acerca do momento da morte é diversificado. Cabe ressaltar que nessa perspectiva, o conhecimento sobre conceito de morte encefálica é insuficiente.

Na maioria das religiões, o significado da morte está ligado à idéia de uma vida posterior ou alguma forma de continuação da existência (Roza et al., 2010).

Os israelitas não permitem a retirada do coração, pois é considerado sinal de vida. O corpo na cultura asiática, se faltar alguma das partes, a alma se torna infeliz. No budismo a retirada de órgãos pode acarretar dor ao espírito e interferir no seu renascimento. Para o taoísmo a retirada de órgãos pode interferir no equilíbrio entre corpo e natureza. No islamismo o corpo é inviolável. (Ambrosina, Regina, 2011)

Embora a maioria das religiões seja favorável à doação, existem algumas barreiras. Essa contradição pode ser justificada devido algumas crenças religiosas terem rituais com o corpo após a morte, constituindo, assim, um fator negativo para autorização da doação de órgãos. (Ambrosina, Regina, 2011) Essa afirmação corrobora os achados de Moraes (2007), que observou na prática que os familiares negam a doação e justificam através da religião e que as crenças culturais, mais do que as religiosas, opõem-se à doação. A

impressão é de que a religião, muitas vezes, é referida para amenizar a dificuldade na tomada de decisão.

Outra questão levantada pelos entrevistados refere-se à dificuldade de relacionamento interpessoal, que pode desencadear situações de descontentamento, desrespeito, falta de trabalho em equipe e falta de comunicação, acarretando no descaso e na falha da assistência ao paciente. Dos discursos emergem situações conflituosas, demonstrando dificuldades no bom desenvolvimento do trabalho.

É mais na passagem de plantão(...) um fala mal do plantão do outro, (...) A gente é do plantão da manhã, aí o pessoal fala assim, ah que o nosso plantão é melhor, Ah que eu faço tudo pelo paciente, quando eu chego eu não pego paciente da forma adequada como eu gostaria, não deram banho nesse paciente, faltou tal curativo, a medicação não tá indo. (...) Aquela mania do plantão da manhã é perfeito. E o plantão da noite que passou não é perfeito, passou muitas pendências. Só que chega o pessoal da tarde e refere que o da manhã passou muitas pendências e assim sucessivamente. (E1.2)

(...) por a gente ser uma equipe grande com vários especialistas eu diria uma equipe multiprofissional e a gente depende de outros colegas que vem no horário diferente tem ritmo diferente. Então existe aquela coisa da gente estar tendo que cobrar algumas presenças, então isso eu diria assim que é um impasse uma coisa que complica um pouquinho o andamento da rotina (...)pra gente seria um impasse mais assim quando a gente depende do colega de outro especialista que venha atuar dentro da UTI, isso pra mim é o problema maior. (...) (E2.1)

(...) o problema mesmo é a falta de comunicação e a falta de respeito pelo colega de você saber assim ele tem um X cargo, a obrigação dele é com isso a minha é com essa vou fazer a minha e muitas das vezes a gente acaba fazendo a dos outros essa como a gente se sente um pouco uma marionete.(E2.8)

(...) me preocupa bastante enquanto enfermeira e no meu tempo de profissão, são as divergências de opinião. (...) gente percebe que as formações os tipos de experiências e questão cultural mesmo, cultural,

religiosa tudo isso interfere na formação de opinião dos profissionais, então eu acho que o que gera maior conflito na enfermagem, não só na enfermagem na área médica em geral é a não concordância com determinado tipo de procedimento, com determinadas atitudes, com determinadas orientações; é não falar a mesma língua. Que é difícil mesmo, eu acho que a maior parte dos conflitos surgem daí, da equipe não falar a mesma língua.(E3.1)

(...) o problema maior que a gente tem é a falta do trabalho em equipe multidisciplinar é um problema que eu vejo. em questão de valores mesmo, o mesmo valor que eu tenho não é o mesmo valor do outro profissional, é o que eu mais vejo de conflito nessa parte.(E4.1)

No cotidiano prático da enfermagem, caracterizado por atividades que exigem trabalho em equipe, a motivação surge como aspecto fundamental na busca de maior eficiência e, conseqüentemente, de maior qualidade na assistência de enfermagem prestada, aliada à satisfação dos trabalhadores. (Pereira, Fávero, 2001) Portanto, as atitudes profissionais como “apatia, indiferença, descompromisso, irresponsabilidade, relação desumanizada com a clientela, falta de motivação, insatisfação e falta de criatividade” são consideradas decorrentes de dificuldades no desenvolvimento do trabalho da enfermagem.

Em uma revisão sistemática realizada por Abreu et al (2005), sobre o trabalho da equipe de enfermagem, evidenciou que é possível identificar a preocupação com as relações interpessoais como fator limitador no desempenho das equipes. A maioria dos textos analisados destaca a comunicação como alicerce na interação da equipe, sendo fator de união ou de desagregação, dependendo de como ela ocorre.

Santos (2010), em revisão integrativa sobre a comunicação da equipe de enfermagem, também identificou que, para atingir o sucesso organizacional nas instituições, o enfermeiro deve ser o elo da cadeia comunicativa, uma vez que está constantemente em contato com a equipe multiprofissional. Além disso, a insuficiência do processo de comunicação é responsável pelo

desencadeamento de fatores geradores de insatisfação nas instituições de saúde.

A comunicação ineficiente entre a equipe de enfermagem, seja durante a passagem de plantão ou em qualquer outra situação no desenvolvimento do trabalho, pode acarretar em má qualidade na assistência prestada. Dessa forma, a comunicação é fator de interferência na dinâmica de funcionamento de qualquer processo de trabalho.

Pereira, Fávero (2001) afirmam que pode ser considerado que o bom relacionamento no ambiente de trabalho precisa ser garantido para que seja reduzida, ao máximo, a insatisfação no contexto de trabalho, confirmando o que foi dito anteriormente, e aponta em seu trabalho, como situações desestimulantes, a organização do trabalho e o relacionamento interpessoal.

Outro ponto a ser considerado é o estresse, que mesmo sendo um fenômeno individual, ele pode se manifestar na enfermagem, como indicado por Coronetti (2006), em estudo realizado com enfermeiros de UTI, no qual verificou que alguns estressores são comuns, independentemente da categoria profissional de enfermagem, e que o estresse pode ser relacionado ao indivíduo, ao cargo e à organização profissional. A forma como o estresse se manifesta na equipe de enfermagem reflete o relacionamento humano e o estresse vivenciado cotidianamente na UTI resulta em irritabilidade, intrigas, ansiedade, desmotivação e baixa produtividade desses profissionais.

Em relação à escassez de recurso, os entrevistados relatam situação conflituosa referente a como é realizada a alocação desses recursos, principalmente quando se refere ao potencial doador de órgãos, sendo evidenciada a indignação pela forma como é tomada a decisão para liberação de leito. Acreditam ser injusto e desigual liberar um leito de UTI somente após os familiares autorizarem a doação de órgãos. Essa indignação também é referida pelos enfermeiros, quando não conseguem vagas para outros pacientes, graves ou internados, expressando sentimentos de impotência frente a essas situações.

(...) as pessoas questionam muito a questão o seguinte aqui é na UTI
(...) o paciente às vezes está lá no SUS na emergência “c”, (...), e as
pessoas questionam “nossa só porque virou doador você conseguiu
uma vaga de UTI?” Eu mesmo me questiono com isso, será que aquela

A saúde é um direito de todos, entretanto, diante da reconhecida escassez de recursos humanos, financeiros e materiais na área da saúde, os profissionais envolvidos necessitam tomar decisões quanto ao uso justo e racional dos recursos, emergindo questionamentos relativos a quem e como se dará a prioridade.

Segundo Goldim (2004), os aspectos éticos são um importante elemento no processo de tomada de decisão e, a ética sendo considerada como o estudo da justificativa das ações, busca pesquisar o que é correto ou incorreto, adequado ou inadequado. A importância desses aspectos éticos fica mais evidente quando essa decisão envolve a alocação de recursos escassos. Não se pode tomar decisões baseando-se apenas em fatos. Os valores são componentes respeitáveis desse processo.

Fortes (2009) diz que existem diversos critérios para a tomada de decisão, envolvendo valores e princípios éticos que podem se completar ou se confrontar. Villas-Bôas (2011) complementa dizendo que o conhecimento dos critérios permite uma maior compreensão e segurança no manejo das questões, favorecendo uma fundamentação mais precisa em relação à tomada de decisão.

4.2.6 Categoria 5: Tomada de decisão frente a conflitos éticos

Na categoria tomada de decisão frente a conflitos éticos, verifica-se que o enfermeiro toma decisões utilizando o diálogo, entretanto não fica claro no que ele se baseia para assumir uma posição frente ao conflito. Pode ser identificado o princípio da beneficência, quando é referida a ação para o benefício de outra pessoa. No caso da doação e transplante de órgãos, há um benefício maior com uma intervenção que salva vidas. Esse princípio visa promover o bem das pessoas e, no contexto institucional das profissões de saúde, a beneficência orienta o agir profissional.

(...)eu tento conscientizar a equipe, (...) você tem que mostrar que você está dando vida para outra pessoa, tudo bem eu não tenho chance de recuperar aquele ali eu sei que ele não tem mais chance de vida, mas para outro tem, e é dessa forma que você tem que colocar e

mostrar o quanto é importante, (...) e quando você começa a mostrar como é importante e de certa forma aquilo pode ser gostoso para equipe, (...) (...) então conscientizar de que o trabalho que eles estão fazendo é importante é primordial pro sucesso pra conclusão daquilo, (...) você vai atrás e você mostra tenta fazer um trabalho educativo e isso funciona entendeu? Aí acaba dando certo. (...) (E9.3)

(...) eu tentava conversar, explicar, tentar... De que a pessoa aja ali profissionalmente, dando o seu melhor para que aconteça o melhor naquilo que a gente tava fazendo e que dali sairiam outras vidas, poderiam ser reiniciadas (...). (E6.2)

O princípio da beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício dos outros, ou seja, afirma a obrigação de ajudar outras pessoas, promovendo seus interesses individuais. Com a equipe de enfermagem, através do diálogo o enfermeiro tenta fazer um entender o lado do outro.

Conversa, dialogo sempre, a gente tem sempre tentar se colocar do outro lado, então quando eu tenho um problema de conflito tanto com os meus funcionários quanto com os colegas quanto com os familiares. (...) E tento resolver da melhor forma possível, mas sempre com dialogo, sempre conversando tentando acalmar. E com os auxiliares é isso também. Tentar fazer um entender o lado do outro. É a forma que eu tento resolver. (E1.9)

(...) Mas, assim é o dialogo mesmo, explicação. E tentar confortar o máximo possível. Não deixar nenhuma dúvida, É assim que eu faço. Então com os problemas. (E1.10)

Por outro lado, há situações em que tomada de decisão é pautada somente no diálogo.

É conversando, é conversando. Tentando mostrar de um jeitinho e aí algumas vezes você chama a equipe da captação colocando a situação e vendo que forma a gente pode fazer, (...) Dependendo de quem você está falando você resolve, dependendo de quem você está falando não tem acordo, não tem acordo. (...) Então a gente sonda um, sonda outro, fala com quem você sabe que tem um pouco mais de abertura que você

sabe que vai te ouvir um pouco mais e aí a gente pra ir tentando conseguir. (E9.5)

Os enfermeiros demonstram que a comunicação e o trabalho em equipe são pontos fortalecedores e facilitadores para essa atitude.

(...) por trabalhar muitos anos na casa, então de imediato a gente se comunica e juntas a gente tenta fazer com que o colega também vá no fluxo com a gente(E2.4)

(...) Porque não depende só de mim eu trabalho num plantão, mas eu tenho outros dois plantões. Então eu já aviso previamente pra ela às dificuldades que eu estou tendo, pra que ela cobre pra os outros colegas de maneira ético, sutil de uma forma meio. Pra dar andamento. (E 2.4.1)

(...) é conversa mesmo, é conversa é conversar procurar entender, procurar esclarecer e ai depois que a gente esclarece eu preciso comunicar as equipes competentes é a enfermeira da captação, a minha supervisão, a parceira que vai receber o meu plantão então na verdade é tudo muito através de muita conversa a gente tenta fazer links entre todo mundo, tentar dar as mãos toda equipe para que todos tenham uma mesma orientação, mesmo propósito é muita conversa. (E3.4)

Eu acho que seria mais de esclarecimento entre nós enfermeiros, médicos ai envolvendo supervisor, envolvendo equipe de captação seria esclarecimento agora quando envolve auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem ai seria conversas a nível de orientação de instrução mesmo eu acho que seria isso. (...)(E3.5)

Com o tempo a gente ia vendo o que a gente podia fazer pra ajudar a cada equipe, tentar fazer essa ligação entre uma equipe e outra. (...)tentar fazer a integração dessas equipes como um elo, da enfermagem com esta em contato com todas ainda que elas tivessem muito individualizadas, (...) fazer elas interagirem. (6.4)

É relatado, ainda, que a tomada de decisão, às vezes, depende de outros profissionais.

(...) assim a alta administração ela deveria ter o seu papel, mas o preceptor das equipes medica deveriam ser mais envolvidos. E eu acredito também que falta ai é você pegar e nortear é uma equipe medica especifica pra se deparar com assuntos médicos (...)(E8.5)

(...) A gente consegue tentar articular com a equipe médica A, se não dá a gente tenta com a B, e aí a gente tem alguns facilitadores, tem alguns médicos que acabam sendo mais acessível, (...)a gente vai naquele médico é um pouco mais facilitador, que tem uns médicos que acabam facilitando um pouco mais de trabalho. Infelizmente Mara a gente depende muito da equipe médica pra fechamento desse protocolo, então ainda tem muitas entradas relacionadas a essas questões(...). (E8.7)

Na maioria das vezes a gente tenta conversar, conversar com o profissional, tenta colocar nossa posição enquanto profissional dentro dessa área. (...) não sendo possível essa conversa você passa então pros seus superiores que são os coordenadores, muitas vezes chega até a nível de diretoria, chega a nível de discussões em reuniões pra ver se consegue tá resolvendo, esse, esses problemas. Mas que nem sempre é possível.(E11.2)

Dependendo da situação, o enfermeiro encontra-se despreparado para tomar a decisão.

(...) me acho despreparada para tomar condutas assim de conversar com família, eu não tenho esse preparo. (...) mas a gente tem que esclarecer a dúvida da maioria da equipe a gente acaba assim esclarecendo as dúvidas da equipe de enfermagem para que isso não venha atrapalhar no processo, na abordagem com os familiares, (...) o médico a gente tenta conversar (...) A gente acaba fazendo isso. (...) realmente é um conflito, aquilo que a gente vê que não está dentro do sistema integrado. (E4.5)

Eu acho que é uma conduta médica, a gente conversa, a gente tem até uma conversa informal, (...). Então infelizmente eu vou respeitar, eu respeito. (E4.8)

Fica claro que em algumas situações o enfermeiro se respalda na legislação para tomar a decisão, levando em consideração o aspecto deontológico.

Olha a gente sempre tenta tomar decisão que é o mais correto sempre pautado na lei, (...) Então você tem que pegar e tentar ser o mais correto dentro daquilo que você tem como diretriz. (...) você tem que tentar ser o mais coerente possível, tentar conversar com as pessoas que tem mais experiência do que você para poder trocar experiência e chegar a um consenso, não tem outra forma. Não tem. (E11.4)

Para a tomada de decisão dos enfermeiros, não foram identificadas correntes éticas para embasar o seu posicionamento. Entretanto, pode ser identificada a beneficência e a preocupação com a legislação, tendo sido bastante ressaltado o uso do diálogo nessas situações.

5 SÍNTESE

Este estudo que objetivou conhecer a percepção de enfermeiros sobre conflitos éticos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, como são tomadas as decisões e o que é levado em consideração frente a conflitos éticos, revelou que a dificuldade do profissional em aceitar a morte encefálica como morte do indivíduo é o principal fator gerador dos conflitos relatados neste estudo, culminando numa cadeia de sucessivos eventos, pois a não aceitação da morte encefálica cria uma resistência no profissional em desconectar o ventilador mecânico do paciente em morte encefálica não doador de órgãos. Diante dessas situações, surgem dificuldades para a equipe multiprofissional no processo de doação de órgãos, como o desconhecimento para a realização do protocolo de morte encefálica, a falta de comprometimento e o descaso no cuidado com o potencial doador de órgãos; a escassez de recursos humanos e materiais e situações como a crença religiosa e falha na comunicação durante o processo de doação de órgãos. Quanto à tomada de decisão o diálogo é a forma mais utilizada pelos enfermeiros para a tomada de decisão frente a conflitos éticos e, não fica explícito em que ele se baseia para tomar a decisão, entretanto, verifica-se a referência ao princípio da beneficência e da deontologia.

6 REFERÊNCIAS

Secretaria de Estado de Saúde (SES). Resolução SS-SP nº 15, de 13 de agosto de 2010 que dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 14 ago 2010. Seção I, p.29.

Santos MJ. Entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplante. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação do Sistema Estadual de Transplante. Doação de órgãos e tecidos. São Paulo; 2002.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, 21 ago. 1997. Seção 1, p.18.227-8.

Brasil. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 fev. 1997a. Seção 1, p.2191.

Brasil. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1 jul. 1997b. Seção 1, p.13739.

Brasil. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e parte do corpo humano par fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União, Brasília, 24 mar. 2001. Seção Extra, p. 6.

Moraes EL, Massarollo MCKB. Recusa de doação de órgãos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. Acta Paul enferm. 2009; 22(2):131-135.

Fernades MFP, Freitas, GF. Processo de morrer. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadoras. *Ética e Bioética desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manole; 2006. p. 153-169.

Neto YC. Morte encefálica: cinqüenta anos além do coma profundo. *Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010;10(2);355-361.

Pita F, Carmona C. Morte cerebral: do medo de ser enterrado vivo ao mito do doador vivo. *Acta médica portuguesa* 2004;17:70-75.

Mollaret P. Goullon M. Le coma depasse. *Rev. Neurol (Paris)*. 1959; 101.3-15.

Boemer MR, Sampaio MA. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. *Ver. Latino-am enfermagem*1997;5(2):33-38.

Cinque VM. Fatores de Stress vivenciados pelos familiares pelo processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Guarino AJ. Stress e captação de órgãos: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão *rev latino-am enfermagem* 2007 setembro-outubro; 15(5).

Alves DCI, Évora YDM. Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controle de infecção hospitalar. *rev latino-am enfermagem* 2002 maio-junho; 10(3):265-275.

Coelho LCD, Rodrigues RAP. Conflitos éticos na revelação de informações – parte 1; *ciência, cuidado e saúde* 2006; 5(suppl 2): 33-41.

Gracia D. Transplante de órgãos: meio século de reflexão ética. In: Gracia D. *Pensar a bioética metas e desafios*. São Paulo: Loyola; 2010. p.471-503.

Monteiro MAA, Barbosa RCM, Barroso MGT, Vieira NFC, Pinheiro AKB. dilemas éticos vivenciados por enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem *rev latino-am enfermagem* 2008 novembro-dezembro;16(6).

Vieira TT, Rosa DOS. Dilemas Emergentes no campo da ética. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadoras. *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manole; 2006. p.200-223.

Zoboli ELCP. Bioética: gênese, conceituação e enfoque. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadoras. *Ética e Bioética desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manole; 2006. p. 111-135.

Lima AAF. Vulnerabilidade dos profissionais de saúde no processo de doação de órgãos para transplante. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética, Vulnerabilidade e Saúde*. São Paulo. *Idéias e letras*; 2007. p.347-355.

Goldim JR. Bioética e Interdisciplinaridade. *Educação, Subjetividade & Poder*, 1997. cap.4. p. 24-8.

Gracia D. La Deliberación Moral: The role of methodologies in clinical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2001; 4: 223-232.

Gracia D. Semiologia dos conflitos morais em bioética. Congresso Brasileiro de Bioética. VI Congresso Brasileiro de Bioética. I Congresso de Bioética Del Mercosur e Fórum da RedBioética/UNESCO. Foz do Iguaçu: 2005.

Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola; 2002. Tipos de teoria ética; p.59-135.

Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola; 2002. O respeito à autonomia; p. 137-207.

Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola; 2002. Não-maleficência; p.209-279.

Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola; 2002. Beneficência; p. 281-350.

Lima AAF. Sofrimento e contradição: o significado da morte, do morrer e da humanização para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplantes. [dissertação]. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2006.

Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Percepção do enfermeiro da Organização de Procura de Órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante. *O Mundo da Saúde* 2006 julho-setembro; 30(3).

Minayo MCS. Técnicas de análise do material qualitativo. In: *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, São Paulo, 2006. cap.11. p.303-60.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Campos, CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm* 2004;57(5):611-614.

Franco MLPB. *Análise do conteúdo*. Brasília: Liber livro, 2005.

Houaiss A. *Dicionário da Língua Portuguesa*. [on line] 2012. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca> (15 abr. 2012).

Filho VPD, Sardinha LAC, Falcão ALE, Araújo S, Terzi RGG, Damasceno BP. Dos conceitos de morte aos critérios para o diagnóstico de morte encefálica. *Arq Neuropsiquiatr* 1996;54(4):705-710.

Conselho Federal de Medicina (CFM) Resolução CFM nº 1.826, de 24 de outubro de 2007, Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador. *Diário Oficial da União (D.O.U.)*, Brasília, 06 dez. 2007, Seção I, p. 133.

Moraes, EL, Carneiro AR, Araújo MN, Santos FS, Massarollo MCKB. Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. *Centro universitário São Camilo*. 2011;5(4):419-426.

Shein AE, Carvalho PRA, Rocha TS, Guedes RR, Moschetti L, Salvia JCL, et al., Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. *RBTI*. 2008;20(2):144-148.

Bitencourt AGV, Neves FBCS, Durães L, Nascimento DT, Neves NMBC, Torreão LA, et al., Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica. RBTI 2007;19(2):144-150.

Lago PM, Piva J, Garcia PC, Troster E, Bousso A, Sarno MO, et al., Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. J Pediatr.2007;83(2):133-140.

Guido LA, Linch GFC, Andolhe R, Conegatto CC, Tonini CC. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos rev latino-am Enfermagem 2009; 17(6).

Lemes MMDD, Bastos MAR. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. rev latino-am enfermagem 2007 setembro-outubro;15(5).

Goldim JR. Ética aplicada à alocação de recursos escassos. [on line] 2004. Disponível em: <http://alocacao> de recursos-Goldim.mht (20 abr.2012).

Fortes PAC. O dilema ético de priorizar recursos escassos.Rede Câncer 2009;34-35.

Villas-Bôas ME. Justiça distributiva, critérios de alocação de recursos escassos em saúde e suas críticas. Revista Redbioética/UNESCO 2010;1(2):73-84.

Ambrosina M, Regina F. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. R. Enferm. UFSM 2011;1(3):44-57.

Roza BA, Garcia VD, Barbosa SFF, Mendes KDS, Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. Acta Paul Enferm 2010; 23(3):417-422.

Pereira MCA, Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem rev latino-am enfermagem 2001;9(4):7-12.

Abreu LO. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. Ver Bras Enferm 2005;58(2):203-207.

Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. Ver Gaucha Enferm 2010; 31(2):359-366.

Coronetti A, Nascimento ERP, Barra DCC, Martins JJ. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. Arquivos Catarinenses de Medicina 2006;35(4): 3-46.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**1. Caracterização do enfermeiro**

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado
() Outro _____

Religião: () Católico () Evangélico () Espírita () Outro _____

Tempo de formação na área de enfermagem:

Tempo de trabalho na Instituição:

Setor em que trabalha no hospital da coleta dos dados:

() UTI () PS () Centro cirúrgico

Pós-graduação *stricto e lato sensu*

Mestrado _____ ano

conclusão _____

Doutorado _____ ano

conclusão _____

Especialização1 _____ ano

conclusão _____

Realizou algum curso relacionado ao tema de doação de órgãos

() Sim () Não

Se sim, qual (is) _____

2. Questões norteadoras

1. Você considera que na sua vivência profissional, alguma situação tenha sido um conflito ético para você? Você poderia falar sobre isso?
2. Você poderia relatar alguma situação referente a conflito ético que você tenha vivenciado ou observado no cuidado com o potencial doador de órgãos?
3. Frente à situação de conflito ético, como é tomada a decisão? O que é levado em consideração para tomada de decisão?

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: **“Percepção de enfermeiros sobre conflitos éticos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante”**

Pesquisadora: Mara Nogueira de Araújo

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Eu, Mara Nogueira de Araújo, enfermeira, aluna do Programa de Pós Graduação (mestrado) da Escola de Enfermagem da USP, venho convidá-lo a participar do estudo acima, com os seguintes objetivos conhecer a percepção de enfermeiros sobre conflitos éticos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante e compreender como os enfermeiros tomam a decisão frente aos conflitos éticos.

Os dados serão coletados através de uma entrevista individual e privativa de participação voluntária, sendo garantida a liberdade para desistir em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para o entrevistado. Será assegurado, também, o anonimato dos participantes. Havendo concordância, a entrevista será gravada.

Os resultados do estudo estarão disponíveis para os participantes e poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa através do telefone (11) 8571-4601 e e-mail maranogueira@usp.br. ou do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no telefone: XXXX-XXXX.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Participante da Pesquisa

Mara Nogueira de Araújo
Pesquisadora