



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA / UNIPAMPA**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM ÁREA DA SAÚDE**  
**ÊNFASE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**JÉSSICA DE MORAES RODRIGUES**

**MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NESTE CONTEXTO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA**

**URUGUAIANA**

**2017**

**JÉSSICA DE MORAES RODRIGUES**

**MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NESTE CONTEXTO**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Integrado Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa, como requisito para obtenção do título de especialista em Urgência e Emergência.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raquel Pötter Garcia

URUGUAIANA

2017

**JÉSSICA DE MORAES RODRIGUES**

**MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NESTE CONTEXTO**

Trabalho de conclusão de residência  
apresentado ao Programa de Residência  
Integrada Multiprofissional em Urgência e  
Emergência da Universidade Federal do  
Pampa, como requisito para obtenção do título  
de especialista em Urgência e Emergência.

Área de concentração: Enfermagem

Trabalho de conclusão de residência defendido e aprovado em: 06/12/2017.

Banca examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Raquel Pötter Garcia

Orientadora

UNIPAMPA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Josefina Busanello

UNIPAMPA

---

Enf<sup>ª</sup>. Espec. Andrise da Silva Porto Alegre

HSCCU

# MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NESTE CONTEXTO<sup>1</sup>

Jéssica de Moraes Rodrigues<sup>1</sup>, Raquel Pötter Garcia<sup>2</sup>

- 1- Enfermeira Residente do Programa Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jesmrodrigues@hotmail.com
- 2- Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), Campus Uruguaiana. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: raquelpottergarcia@gmail.com

---

Endereço para correspondência:

Raquel Pötter Garcia

Universidade Federal do Pampa - Departamento de Enfermagem

BR 472 - Km 585 - Caixa Postal 118 - Uruguaiana, RS

CEP 97501-970

Fone (55)3911-0200

---

<sup>1</sup> Página de identificação do artigo, o qual está apresentado conforme normas (ANEXO I) para ser submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem.

## MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NESTE CONTEXTO

### RESUMO

**Objetivo:** conhecer as perspectivas de profissionais de saúde em relação ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e a inserção da família neste contexto. **Método:** Pesquisa de campo qualitativa, descritiva e exploratória realizada junto a um hospital de grande porte, com a equipe multiprofissional que atua na manutenção do potencial doador. Totalizaram-se nove participantes, sendo estes vinculados as profissões de enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia e técnico de enfermagem. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal, realizando-se três encontros para produção dos dados. Os mesmos foram submetidos a análise temática. **Resultados:** Foram estabelecidas duas categorias temáticas: “Perspectivas em relação à organização da equipe multiprofissional para manutenção do potencial doador”, e “Comunicação para inserção da família no contexto de manutenção do potencial doador”. A equipe multiprofissional centraliza as decisões e condutas no médico, sendo que a enfermagem atua buscando resolutividade as demandas ocasionadas por lacunas do serviço, ou de outros profissionais. Contudo, há percepção por parte dos profissionais que não há coesão entre a equipe no que tange ao manejo do potencial doador de órgãos. O fisioterapeuta e a psicóloga ainda são profissionais distanciados na manutenção do paciente em morte encefálica. **Conclusão:** A partir dos dados deste estudo, é possível perceber a necessidade da construção e implementação de protocolos de educação permanente com vistas a serem aplicados pelas equipes da CIHDOT aos profissionais de saúde que atuam na assistência ao potencial doador, para melhor condução do processo de manutenção e comunicação com seus familiares.

**Descritores:** Morte Encefálica. Unidade de Terapia Intensiva. Equipe de Assistência ao Paciente. Tratamento com Preservação do Órgão; Obtenção de Tecidos e Órgãos. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A conceituação de Morte Encefálica (ME) define-se pela parada total e irreversível do cérebro e do tronco encefálico, mas que mantém, temporária e artificialmente, a função cardiorrespiratória.<sup>1</sup> Para o seguimento dos protocolos de diagnóstico de ME, é indispensável que a causa seja conhecida, a fim de notificação para a Central de Notificação e Captação e Doação de Órgãos para Transplante (CNCDO). Tal ação é conduzida e orientada dentro das instituições pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), sendo esta de existência obrigatória em hospitais que disponham de mais de 80 leitos.<sup>2</sup>

Quando há falência orgânica e ME, o transplante torna-se um caminho, sendo este definido como extração ou remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo de um doador vivo ou não vivo, com objetivo terapêutico.<sup>3</sup> No ano de 2016 o Brasil apresentou uma queda na taxa de Potenciais Doadores (PD), pois a recusa familiar (43%) foi o principal obstáculo para efetivação da doação, seguida da dificuldade de realização dos testes para o diagnóstico de ME.<sup>4</sup>

O PD configura-se como um indivíduo com ME confirmada, sendo que a doação para ser efetivada dependerá da autorização do cônjuge ou parente de maior idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até segundo grau.<sup>5</sup> Refletindo sobre o aumento das taxas de recusa familiar nos últimos anos, deve-se pensar que o processo desde o diagnóstico de ME, a manutenção do PD e a captação e doação de órgãos é uma ação multidisciplinar.<sup>6-7</sup>

Nesse contexto, o número de transplantes realizados com sucesso está diretamente ligado a uma adequada manutenção e posterior viabilidade dos órgãos até a captação, havendo necessidade de que profissionais intensivistas estejam capacitados para reconhecer e manejar precocemente potenciais complicações. Estas podem ser de cunho fisiológico, como também em decorrência das relações familiares fragilizadas e sensibilizadas nesse processo de compreender e enfrentar “o morrer”, já que o diálogo sobre a doação de órgãos se faz necessário.<sup>5</sup>

Justamente pela complexidade dos casos, as instituições hospitalares têm se equipado com materiais modernos, com exames específicos, inclusive para diagnóstico de ME e manutenção de PD.<sup>8</sup> Contudo, faz-se necessário o conhecimento científico por parte dos profissionais que atuam diretamente vinculados ao processo de ME, bem como a sensibilidade e preparo para enfrentamento junto a família deste processo, para que com isso possa se efetivar um maior número de transplantes de órgãos.<sup>9</sup>

Dentro desta temática foi observado na literatura diversos estudos<sup>1-3-4</sup> que tratam da concepção da equipe de enfermagem com relação a ME e ao PD, por vezes a figura do médico.<sup>10</sup> Apesar disso, poucos estudos<sup>11-2</sup> relacionaram essas questões com a equipe multiprofissional, fato que direciona para a justificativa deste estudo.

Diante das considerações, o presente estudo teve como questão norteadora: como são as perspectivas da equipe multiprofissional em relação ao processo de manutenção do PD de órgãos e a inserção da família neste contexto? Para responder este questionamento, objetivou-se conhecer as perspectivas de profissionais de saúde em relação ao processo de manutenção do PD de órgãos e a inserção da família neste contexto.

## MÉTODO

Este estudo trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa, descritiva e exploratória realizada junto a um hospital de grande porte na região Sul do Brasil, durante os meses de julho e agosto de 2017.

Foram participantes do estudo nove profissionais de saúde (duas enfermeiras, três médicos, uma psicóloga, um fisioterapeuta e duas técnicas de enfermagem) das equipes que atuam na manutenção do PD de órgãos, em sua maioria na UTI geral, contudo, alguns compõem a equipe do CIHDOTT, em funcionamento desde 2014 na instituição. Como critérios de inclusão os profissionais deveriam atuar na manutenção do PD dentro da instituição e exclusão os profissionais que atuassem a menos de seis meses, devido ainda ter experienciado poucas situações de ME.

Para coleta de dados foi utilizado o grupo focal, o qual é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais<sup>12</sup>. Foram realizados três encontros, cada um com duração de 1h30min. Em cada encontro foi utilizado um método (APÊNDICE I) de abordagem para fomentar a discussão: 1º encontro: utilizada a chuva de ideias<sup>13</sup>, com temas disparadores que trataram de *processo de morrer, conceituação de morte encefálica e potencial doador de órgãos, diagnóstico e notificação de morte encefálica*; 2º encontro: utilizada a técnica de vinheta para abordar, *estrutura e organização no cuidado ao potencial doador de órgãos, alterações fisiológicas do potencial doador e aceite ou recusa familiar para doação de órgãos*; 3º encontro foi retomada a chuva de ideias<sup>13</sup>, e abordou-se, *decisões éticas que permeiam o processo de manutenção do potencial doador, a comunicação de más notícias, e os sentimentos da equipe profissional que atua na manutenção do potencial doador de órgãos*.

Participaram além do pesquisador e profissionais de saúde um observador, conforme preconizado pela técnica. Sendo assim, também foi utilizado como fonte complementar da pesquisa, um diário de campo<sup>14</sup>. Os grupos focais foram registrados por meio de gravação de áudio com dispositivo multimídia, sendo posteriormente transcritos para arquivo *word*.

A análise dos dados ocorreu conforme preconizado pela análise temática, constituindo-se de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, o tratamento e interpretação dos dados<sup>13</sup>. A partir de tal método optou-se por inicialmente realizar a leitura do material dos grupos focais e após unir os depoimentos com base na construção prévia de temáticas utilizada em cada grupo e relacionando com o objetivo. A leitura exaustiva permitiu o agrupamento dos depoimentos por similaridade, buscando a interação de relatos multiprofissionais. Por fim, foram selecionados os depoimentos e organizou-se a análise pautada no que abordavam, bem como buscando relacionar com a literatura.

A pesquisa considerou os princípios éticos propostos na Resolução nº466/12, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que está vinculado, com parecer favorável número 2.150.556 (ANEXO II). Para identificar o participante e, manter o anonimato, foi utilizada a letra inicial de sua profissão, por exemplo, “**M** = médico”, seguida de números crescentes que corresponderam à ordem em que as falas foram realizadas, por exemplo, **M1**, ou, **E2** = Enfermeira 2, ou, **P1** = psicóloga 1, ou, **F1** = fisioterapeuta 1, ou, **TE1** = técnico em enfermagem 1.

## **RESULTADOS**

Sobre a manutenção do PD de órgãos destacam-se aspectos que foram relatados pelos participantes do estudo, tais como, manejo do PD pela equipe e comunicação com a família durante o processo de manutenção. Para tanto serão expostas duas categorias temáticas originadas a partir da análise dos dados, sendo elas: “Perspectivas em relação à organização da equipe multiprofissional para manutenção do potencial doador”, e “Comunicação para inserção da família no contexto de manutenção do potencial doador”.

### **Perspectivas em relação à organização da equipe multiprofissional para manutenção do potencial doador**

Inicialmente há de se refletir sobre o manejo do PD pela equipe, que evolui do núcleo dos profissionais, e converge para a atuação multiprofissional, definindo as repercussões e condutas para manutenção. Portanto, esta categoria trata desde as técnicas dispensadas para o manejo do paciente, as manifestações clínicas que o PD apresenta na

evolução do processo e como são conduzidas tais manifestações, até a definição do momento em que deve ser mantido o PD com perspectiva de captação de órgãos.

Os depoimentos apresentados a seguir trazem a organização da equipe de enfermagem sobre as condutas para manter o PD apto a uma possível captação de órgãos:

*Acho que hoje ali, somos bem organizados, mas ainda falta muita estrada [...] porque às vezes tem muito auxílio das enfermeiras [da CIHDOTT] [...]. Mas, o cuidado dentro daquilo que é intensivo, é feito ali dentro. [...] Acontece de fazer umas jogadas por traz sem ninguém ver, mesmo às vezes não existindo o acompanhamento direto do plantonista da UTI, a equipe empurra bastante no sentido de tentar preservar (E2).*

*Inclusive quando tem paciente assim [em morte encefálica] [...] nós técnicos de enfermagem, junto com a enfermeira definimos: fica só você com esse paciente, para poder ter um cuidado melhor [...]. Porque dá trabalho realmente, tem que estar cuidando (TE2).*

Na análise do discurso da equipe de enfermagem, percebe-se a necessidade de organização para a manutenção do cuidado ao PD de duas maneiras: uma que visa o desenvolvimento da assistência de forma semelhante ao que é realizado com os outros pacientes da UTI, e outra que parece ser definida por uma maior atenção aos pacientes com ME, porém ambas contornando possíveis dificuldades cotidianas presentes no serviço.

É possível perceber a necessidade de dar conta da assistência intensivista ao paciente em ME, não apenas no que se refere a sua área de atuação, mas buscando suprir lacunas deixadas por outros núcleos profissionais. Ao mesmo tempo, que alguns integrantes da equipe, reconhecem quão complexa é a manutenção do PD, e a necessidade de intervir nas alterações de imediato, alguns parecem não ter segurança sobre o manejo do PD, o que faz com que haja necessidade de apoio da equipe da CIHDOTT dentro do cenário da UTI para colaborar no andamento do processo.

Ainda nesse contexto, relacionado ao manejo do paciente e o conhecimento de alguns profissionais sobre as necessidades do PD, há, de certa forma, centralização do cuidado de enfermagem em condutas médicas:

*Eu pediria para o médico [neurocirurgião] para ele prescrever um antibiótico e ir mantendo, auscultando para ver como está a questão respiratória, a ventilação [...]. Mas enfim, [o uso de antibiótico] não impede nada [a captação do órgão] (E1).*

*Eu chamaria a médica [da UTI] para ver o que seria feito. A monitorização iria ficar mais intensiva, mais frequente, e provavelmente ela ia mandar passar ringer, aumentar noradrenalina, dobutamina. Na verdade, seria mais avisar o plantão [da UTI] e verificar mais vezes as análises. Seria basicamente isso da minha parte (TE1).*

*Eu não entendo muito, não sei se uma PEEP [pressão final expiratória positiva] alta pode acontecer alguma coisa com o pulmão, não sei se essa PEEP que está alta está boa [...]. Uma coisa que eu tenho dúvida, no uso do anti-hipertensivo fixo, se ele já está com a noradrenalina (TE2).*

A partir destes depoimentos, da equipe de enfermagem, percebe-se a dualidade onde há o conhecimento sobre o que deverá ser feito para manejar determinada situação e em outro momento um entendimento superficial sobre o contexto, especialmente de indicadores que interferem no prognóstico, havendo a necessidade de centralizar a conduta na determinação do profissional médico.

Por outro viés e, pontuando a fala do profissional médico, infere-se um posicionamento com mais autonomia, evidenciando as adequações clínicas necessárias a serem instituídas:

*Em relação à parte técnica [...] a gente tem todas as condições, nunca falta, dificilmente não se consegue manter o potencial doador em condições de virem captar os órgãos [...] Se consegue manter o paciente ventilando, estável hemodinamicamente, com perfusão renal, com diurese [...] Mas, também, ao mesmo tempo a gente tem que estar em cima, porque tem aquela coisa: aquele paciente eles estão tentando ver se a família vai doar, aí o plantonista não vê esse [...] A gente tem os residentes da fisioterapia e tem o pessoal da fisioterapia, acho que eles fazem um trabalho muito bom e colaboram bastante nessa questão de ficar monitorando e sugerindo. [...] A questão é a comunicação ao meu ver, e se for pensar bem a gente tem uma parcela de culpa (M1).*

Segundo o exposto, há a compreensão por parte da equipe médica de que a assistência prestada ao paciente na UTI é adequada, pois os mesmos apresentam um discurso seguro no que tange ao manejo clínico do PD, pontuando objetivamente a conduta a ser tomada. Contudo, esse posicionamento contrapõe, de certo modo, os depoimentos anteriores da equipe de enfermagem, os quais explicitam a necessidade de buscar estratégias para dar conta das necessidades do PD, já que não há um suporte adequado em alguns momentos.

Ainda, destaca-se que cada ênfase profissional aborda o manejo do PD conforme aspectos singulares, tornando-se relevante compartilhar as colocações do núcleo da psicologia, principalmente pelas diferenças de diálogo estabelecidas entre ciências humanas e ciências da saúde:

*Eu acho que essa questão da técnica mesmo não tem que discutir, tem que ter o cuidado, todas as vezes que eu participei e estive, que a família autorizou, foi feito, não teve problema, mas me parece que a questão não é aí. Me parece que a questão é... [...] mesmo que se cuide [...] se a família disser não é não. Fico pensando mais sobre a minha função assim, pensando que a gente tem que organizar melhor, que a gente tem que clarear melhor, onde que entra quem e quando, uma coisa que a gente pode começar a fazer. Até isso a gente estava falando, do acolhimento, esse último [protocolo de ME] que teve eu nem fiquei sabendo, então acho que tem que melhorar nossa comunicação, estou falando disso porque a gente podia começar a fazer diferente (P1).*

O discurso da psicóloga demonstra que o manejo do PD está intrinsecamente relacionado ao suporte fornecido à família, pois independente de todos os cuidados técnicos e assistência prestada dentro da UTI, o processo somente se efetivará quando a família aceitar, a qual é influenciada pela atenção e comunicação da equipe.

Considerando outra situação relevante durante a continuidade do processo de manutenção do PD, a equipe multiprofissional destaca aspectos clínicos que direcionam para o encerramento do protocolo:

*Se o paciente já tem diagnóstico de morte encefálica e já tem uma manifestação da família a respeito de doar, a gente vai manter sempre [...]. Se a família já disse: "a gente não tem intenção de doar", você encerra todos os cuidados [...]. Já teve situações em que a gente chegou ao diagnóstico, mas o paciente estava chocado, não respondia a vasopressor e a gente viu que apesar do diagnóstico, dificilmente vai conseguir segurar até a captação (M1).*

*O paciente vai ser viável para doação quando ele tem morte cerebral, mas não sou eu, é a equipe [que define]. Eventualmente acontece: "tem um paciente aqui com morte cerebral, mas acho que não vai evoluir. Está em suspeita de morte cerebral, está em midríase, em apneia. Acho que não vai resistir até o fim do dia [...]. Se tenta dar uma manejada, mas se ver que não dá, você nem vai cogitar a possibilidade de doação (M2).*

*E também, quem determina, conforme os exames, se é um potencial doador ou não, é o médico da central [...]. Porque, às vezes, tem pacientes que têm até tumor e eles autorizam (E1).*

Na perspectiva de qual momento e situações permeiam o encerramento do processo de manutenção do PD, a equipe consegue materializar questões técnicas que inviabilizam a captação, por meio de indicadores próprios ou com auxílio da equipe de captação de referência estadual. Além disso, define que os cuidados necessários para manter o PD devem ser realizados apenas enquanto há perspectiva de ocorrer a captação de órgãos. Nesse sentido, se a família manifesta o desejo por não doar, ou mesmo, é visto que o quadro clínico do paciente não permitirá realização de todos os testes e procedimentos, o protocolo é encerrado.

### **Comunicação para inserção da família no contexto de manutenção do potencial doador**

Esta categoria engloba aspectos da comunicação da equipe com a família do PD, bem como a comunicação multiprofissional acerca das questões que envolvem o processo. Diante disso, sobre o contexto de abordagem familiar, a equipe destaca que a definição de aceite ou recusa do protocolo está vinculada aos fatores de diálogo e esclarecimentos com a família:

*A gente não tem um grupo uniforme [para comunicar a ME] [...]. Foi aberto o protocolo, tem que chamar a família e dizer: existe uma suspeita de morte, falta de atividade cerebral, e a gente vai fazer os testes [...]. Então tudo isso tem que, nesses três momentos, primeiro teste clínico, segundo teste clínico, teste de imagem, são momentos críticos, tu tens que ter essa conversa com a família, porque quando eles têm esse preparo, é frequente eles já começarem a pensar sobre [doação de órgãos], a gente via que chegavam antes e falavam: olha se confirmar a gente queria saber como é que é para doar os órgãos (M1).*

*Olha, assim como o papel de todos, é um papel muito importante, porque a gente que fica ali conversando com a família na hora da visita [...]. Os médicos às vezes conversam na porta, passam, conversam um pouco, mas eles [família] procuram muito a enfermagem (E2).*

A equipe reconhece a comunicação e a necessidade de todos os profissionais estarem engajados, como fator decisório no processo de aceite ou recusa para doação de órgãos. Apesar desses apontamentos, o discurso da equipe frente à comunicação com a família não é homogêneo, ou seja, não há um protocolo para que as más notícias sejam informadas.

Tal contexto pode confundir a família, bem como dificultar que ela construa um vínculo com os profissionais que estão abordando a morte do seu ente querido. Além disso,

detecta-se que o vínculo pode ficar frágil se trabalhado somente relacionado ao posicionamento da família sobre doação.

Ainda, na continuidade do período que o PD permanece na UTI até a captação dos órgãos ou encerramento do protocolo, salienta-se que a percepção dos profissionais sobre a comunicação aborda aspectos do conhecimento dos familiares e o distanciamento de outros profissionais para articular a comunicação.

*Acho que o mais difícil é tentar fazer com que uma pessoa leiga compreenda que o paciente está em óbito já, por mais que eles respirem, por mais que o coração esteja batendo, e que isso só está acontecendo pelas drogas que são utilizadas, e pelo ventilador mecânico. Acho que a família acaba não aceitando muito bem isso porque a imagem que fica quando vão visitar o paciente é que ele está ali ainda. Às vezes para equipe é difícil entender, [...] então imagina para uma pessoa leiga compreender isso (F1).*

*Eu, como técnica, sou mais próxima do paciente com os cuidados. Eles [familiares] chegam, muitas vezes, perguntam duas vezes, três vezes a mesma coisa, fazem umas perguntas que não tem muito cabimento (TE1).*

*Eu fiquei pensando na ordem [da comunicação com a família], organizar quem fala o que, e quando quem fala o que. Quem fala primeiro, quem fala depois, quem fala junto, acho que é muito confuso, acho que tem que organizar (P1).*

*Eu como médico assistente eventualmente participo, mas eu não sei como é o transcorrer a partir disso [da abertura do protocolo] [...]. O que eu vejo, que poderia ser feito, é a participação do médico assistente, [...] talvez nossos colegas não iriam querer, muito pelo contrário iriam fugir dessa responsabilidade [manter a comunicação com a família], pois não é só dar boas notícias para a família, tem que saber acolher notícias ruins, eu vejo que isso aqui não acontece muito. Falando dos meus colegas, acho que eles são ausentes e não se envolvem com as famílias (M3).*

A equipe multiprofissional evidencia diferentes níveis de fragilidades na comunicação, a principal e, já mencionada, é a da equipe possuir diálogos diferentes e não padronizados com os familiares. O ponto crucial no discurso dos profissionais é a responsabilização de terceiros nas falhas de comunicação, ou seja, de outros profissionais, ou da própria família que, na maioria das vezes, não dispõe de conhecimento para compreender o

processo. Ainda, alguns participantes percebem que a comunicação não é adequada devido a lacunas na organização do serviço e ruídos nos diálogos dos profissionais.

Também como fator determinante e necessário da comunicação com a família, há os casos em que há necessidade de encerramento do protocolo de ME, devido inviabilidade clínica do paciente:

*Eu sempre tenho uma boa conversa com a família, principalmente aproximação do quadro grave, até quando faço o teste eu converso com a família. Nós temos muitos pacientes que são terminais [...]. Não sei, acho que neurocirurgião tem uma facilidade maior em conversar com a família, em dizer: "pessoal, não tem mais o que fazer, acho que a gente poderia suspender os cuidados" (M3).*

*Eu pensei: "nossa, duas vezes tem que informar que ele não está vivo", a primeira é dizer que ele morreu, que ele não vai sobreviver. Tu dizer que ele morreu e tem a possibilidade de ele viver em outro, se ele vai doar algum órgão. De uma certa forma isso acalenta, isso acolhe aquele luto, mas você dizer isso e vir com a notícia de que não, esse paciente não vai ser doador, é como se fosse a morte novamente. Ele não vai viver nem aqui nem no corpo de alguém. A gente vai trabalhar com um luto duplo, digamos assim. Não sei se existe luto duplo, mas seria duas vezes (P1).*

Apesar de o médico apontar que lida com tranquilidade ao dar notícias sobre prognósticos ruins, a psicóloga traz a reflexão do quanto impactante e intenso pode ser este momento para a família, sendo necessária a abordagem adequada da comunicação. Nesse contexto, inicialmente, a família e a equipe precisam compreender que há um paciente morto, com necessidade de ser mantido viável para doação. Já, em outro momento, a família e a equipe tem que compreender que apesar dos processos, dos cuidados e do aceite, não será possível realizar a doação – e o sentimento novamente é de perda, e de que tudo feito até então não teve validade.

## **DISCUSSÃO**

Sobre o manejo do paciente apto para a captação e doação de órgãos verificou-se que os núcleos profissionais possuem percepções distintas. A enfermagem traz em seu discurso a necessidade de manejar dificuldades oriundas da inadequação no que tange ao suporte do restante da equipe, o que pode refletir na sua atuação enquanto núcleo profissional.

Identifica-se que problemas estruturais e de recursos humanos dos serviços de saúde sobrecarregam a equipe de enfermagem, prejudicando muitas vezes a assistência ao PD<sup>15</sup>. Nesse contexto, alguns profissionais destacaram também que há necessidade de priorizar cuidados específicos ao PD devido as peculiaridades que envolvem sua condição, fato que pode colaborar para a sobrecarga.

A partir dessa abrangência dos profissionais de saúde, há constante busca para evitar perdas de PD de órgãos, para elevar números de captações e diminuir o sofrimento de receptores na fila de espera<sup>11</sup>. Contrapondo, estudo<sup>16</sup> realizado com enfermeiros de uma UTI, destacou que os profissionais não priorizam o cuidado ao PD, devido considerarem que o mesmo não tem perspectiva de melhora, diferente dos outros pacientes do setor.

No presente estudo, a equipe de enfermagem ainda ressalta a necessidade de buscar apoio junto à equipe do CIHDOTT da instituição, referente a condutas de manutenção do paciente em ME. Tal fato, pode em alguns momentos refletir a potencialidade da instituição em ter equipes colaborativas, e a fragilidade de uma equipe intensivista que necessita aprimorar-se nesta especificidade.

A equipe acredita que a assistência prestada ao paciente em ME poderá gerar vida por meio da doação. Contudo, a busca pela manutenção do PD traz à tona sentimentos diversos, como insegurança e incapacidade, havendo a necessidade de que os profissionais aprendam a lidar com tais anseios e projeções<sup>1</sup>. A partir disso, a equipe da CIHDOTT tem liberdade para desenvolver atividades que permitam a qualificação da assistência ao paciente em ME, podendo entrar no ambiente da UTI, facilitar a preservação dos órgãos a serem captados e colaborar para o suporte e segurança a equipe da unidade intensiva<sup>17</sup>.

Há, portanto, necessidade de apoio de equipes externas a UTI, tornando-se relevante a reflexão de que as ações de capacitação, ou mesmo, educação permanente no enfoque da ME, devem dispor de vertentes que não priorizem apenas a técnica dura, mas sim o empoderamento dos profissionais para que saibam lidar com esta situação de morte e vida. A partir dessas questões, o êxito no processo de manutenção do PD está relacionado a compreensão de cada núcleo profissional acerca do seu papel, e do reconhecimento e valorização do papel de outros núcleos por meio de um trabalho multiprofissional.

Neste estudo, ainda que a enfermagem mencione carência em dar conta de certas lacunas na assistência, e solicite apoio da equipe do CIHDOTT para certos manejos, os médicos salientam que o cuidado técnico prestado é adequado, mencionando que não há perda de pacientes em ME, ainda mais por alguma inadequação de manejo técnico. Nesse sentido, a

percepção divergente dos núcleos profissionais pode estar relacionada com a conhecida centralidade no médico para a tomada de decisão.

O médico estar no centro do cuidado e das decisões que se relacionam com tratamentos e condutas, trata-se de uma construção histórica baseada no paternalismo, onde apenas este profissional detinha o conhecimento para fazer escolhas adequadas para o paciente, seus familiares, e em detrimento de outros profissionais. Tal cenário tem se transformado com a perspectiva de centrar a atenção em saúde para às vontades do paciente e de sua família, integrando demais membros da equipe multiprofissional na tomada de decisões<sup>18</sup>.

Com a necessidade de um suporte amplo ao paciente em ME e seus familiares, o trabalho de núcleos profissionais integrados é o que possibilita o manejo adequado frente às alterações fisiológicas comuns ao paciente, como por exemplo, hipotensão, hipotermia, hipernatremia, hiperglicemia, infecções<sup>5</sup>. Porém, ainda que as estratégias a serem tomadas pareçam óbvias, percebe-se uma desvalorização dos problemas que emergem deste contexto, fato evidenciado pela ausência de sistematização do atendimento ao PD<sup>19</sup>. Assim, tais alterações poderiam ser contornadas e manejadas a partir de protocolos elaborados para atender as especificidades desses pacientes.

A elaboração de protocolos almeja capacitar as equipes e equalizar a assistência, evitando manejos diferentes do PD<sup>20</sup>. Tais condutas possibilitariam a gradativa autonomia dos núcleos profissionais, sem centralidade médica, porém com homogeneidade na assistência prestada e diálogo multiprofissional, passando a fundamentar-se no que é melhor às necessidades do paciente, da família e da instituição.

Como ferramenta de integração e resolutividade para trabalhar as potencialidades e fragilidades da equipe frente a manutenção do PD, no que tange dilemas éticos, emocionais e conduções a partir do ambiente tenso e desafiador, especialmente pela necessidade de comunicação de notícias ruins, há o serviço de psicologia. E este núcleo profissional poderia servir como contraponto de um ciclo tecnicista, ao ponto de romper uma assistência baseada primordialmente em fazer procedimentos, e gerar reflexão para modificação do cenário.

Nesse sentido, a inclusão do psicólogo nas equipes de saúde está relacionada diretamente com o reconhecimento da interação existente entre aspectos físicos e psicológicos, o que acabou por conduzir à estruturação de abordagens multiprofissionais<sup>21</sup>. No transcorrer desse processo a psicologia auxilia em sanar dúvidas dos familiares, bem como possibilitar ritos de despedida para elaboração do luto, fornecendo dados ao restante da equipe sobre esse núcleo familiar e proporcionando subsídios para condução dos diálogos<sup>22</sup>.

Frente as especificidades durante a manutenção do PD, há possibilidade de encerrar-se o protocolo por inviabilidade para captação de órgãos, fato que precisa ser avaliado continuamente para evitar que os órgãos sejam prejudicados.

A assistência para propiciar a viabilidade busca manter a estabilidade hemodinâmica, a temperatura corporal, o balanço hídrico adequado, havendo assim qualidade dos órgãos e tecidos para doação<sup>23</sup>. No presente estudo a equipe expressou lidar de maneira objetiva e prática com a situação de encerramento de protocolo de ME, relacionando tal definição às questões técnicas e alterações fisiológicas esperadas ao PD. Ainda, elencou como fator decisório a interrupção da assistência frente ao desinteresse da família em doar os órgãos.

Diante desta materialização de fragilidades e potencialidades de recursos materiais, técnicos e, principalmente, humanos, é que se inicia uma desconstrução e reestruturação de saberes e conhecimentos que convergem para percepção de que não há inexistência ou insuficiência de PD, e sim uma dificuldade de torna-los efetivos<sup>24</sup>.

E a efetividade para haver um PD está vinculada não somente a manutenção técnica, mas também aos processos de comunicação com a família que se constroem no serviço. Tais elos de diálogo são percebidos pela equipe como não homogêneos, relacionados ao distanciamento de certos profissionais do processo de manutenção do PD, e ao nível de conhecimento dos familiares sobre as questões que envolvem o manejo do paciente me ME.

Essas lacunas na comunicação são influenciadoras no aceite ou recusa para captação, estando vinculadas a possibilidade da família compreender o que lhes é dito, ao quão ela sente-se à vontade para sanar dúvidas e questionar em qualquer momento sobre os procedimentos. Sentir-se amparada para tomar a decisão mais adequada para ela, dentro de suas especificidades e necessidades.

A ferramenta utilizada para condução do processo é a entrevista com os familiares, não devendo ocorrer apenas um momento pontual. A entrevista familiar é definida como uma reunião entre os familiares do PD e um ou mais profissionais da equipe de captação, ou outro profissional treinado, a fim de obter o consentimento à doação<sup>25</sup>. Deve-se suscitar reflexão sobre quais são as prioridades para a equipe, se o contexto e as limitações da família do PD, ou os interesses dos profissionais com a finalidade de captar órgãos<sup>26</sup>.

Basicamente uma não está desvinculada da outra, contudo, trabalhar a partir das possibilidades e limitações da família, propicia um cuidado específico e integral. A partir de cada contexto de vivência há potencialidades, o ápice sempre será a captação dos órgãos, entretanto, há familiares que não poderão alcançar tal ponto, e a condução que a equipe dará

durante o processo definirá de que maneira passarão por esse momento, e qual será a percepção a partir disso.

Tem-se, então, a dualidade dos profissionais conseguirem perceber que não é uma questão de convencimento da família em doar, e sim de trabalhar o processo de compreensão individual sobre a morte, e isso perpassa pelo aceite dos próprios profissionais sobre a terminalidade, sobre conseguir lidar com o fim da vida, ainda que não haja perspectivas para além disso<sup>27</sup>. Diante do exposto, o trabalho, para adequar-se as lacunas de comunicação, inicia desde o reconhecimento de cada profissional de sua responsabilidade e papel frente aos processos vivenciados pelo paciente e pelos seus familiares<sup>28</sup>.

Ressalta-se que a equipe participante desta pesquisa, parece vivenciar com tranquilidade a abordagem com a família para comunicar más notícias, contudo, necessita aprender a lidar com as mudanças de perspectivas, como inicialmente manter um paciente morto viável para captação, e após apesar dos esforços e cuidados, do aceite da família, gerenciar os sentimentos de impotência frente a inviabilidade do PD para captação.

Tal cenário poderia ser conduzido de maneira diferenciada se, inicialmente, a família ficasse ciente de todas as possibilidades do transcorrer da manutenção, ou seja, não recebesse somente destaque à importância da doação de órgãos. Para tanto, é necessário o trabalho profissional para compreender que o diagnóstico de ME é tão essencial quanto o manejo a partir disso com os familiares e com a própria equipe<sup>27-29</sup>.

Uma abordagem mais profunda de profissionais e familiares suscita a inevitabilidade de conseguirem trabalhar o processo de morrer de maneira honesta consigo e frente as situações de cuidado ao paciente crítico, ainda que isso por vezes possa terminalidade faz parte da ordem natural da vida.

## **CONCLUSÕES**

A partir dos grupos focais foi possível perceber que a equipe multiprofissional atua frente a manutenção do PD buscando adequar-se as necessidades de cuidados técnicos dos pacientes e interagindo com a família a fim de manter a comunicação adequada.

O paciente em ME necessita de cuidados específicos, ainda que não seja percebida como coesa a atenção dos profissionais, percebe-se nos depoimentos uma atuação proativa na busca de resolutividade as demandas cotidianas. Há uma dualidade específica entre os relatos da enfermagem e da medicina, sendo que esta percebe a necessidade de suporte e auxílio para manter o PD na UTI. Já os médicos pensam ter um suporte técnico adequado dentro deste ambiente que atende as demandas existentes.

Inferese ainda, a partir dos grupos focais, uma atuação distante do fisioterapeuta no manejo do PD, ainda que seja percebido sua importância por parte do restante da equipe. Além disso, o núcleo da psicologia não se mantém próximo durante o transcorrer do protocolo, e manifesta a necessidade de reorganização dos profissionais para que cada um tenha domínio sobre sua atuação diante dessa realidade.

Há compreensão por parte da equipe que ainda não há coesão entre a equipe para manejo frente abertura do protocolo de ME, o que acaba por dificultar a comunicação com a família. Assim, a maneira que é realizada e conduzida a comunicação foi elencando como fator determinante no aceite ou recusa para captação de órgãos, bem como condução do processo de forma geral.

Assim, a equipe multiprofissional, que atua na manutenção do PD de órgãos, consegue visualizar como principal fragilidade na condução das ações, a comunicação com a família do paciente em ME. O que aproxima os achados do presente estudo, das demais referências existentes, no que trata de uma atenção centrada no modelo biomédico, com participação ativa da enfermagem na assistência ao paciente em ME. Tal fato demonstra as lacunas a serem ocupadas por demais núcleos profissionais, como a fisioterapia, a psicologia, o serviço social, a farmácia.

A partir dos dados deste estudo, é possível perceber a necessidade da construção e implementação de protocolos de educação permanente com vistas a serem aplicados pelas equipes da CIHDOT aos profissionais de saúde que atuam na assistência ao PD, para melhor condução do processo de manutenção e comunicação com seus familiares.

Por fim, destaca-se como limitação do estudo a atuação pontual da equipe do CIHDOTT, reunindo-se entre si e com os outros profissionais que atuam na manutenção do potencial doador apenas em momentos de abertura do protocolo de ME. Tal fato pode ter interferido, durante os grupos focais, na descrição das ações sobre a temática.

## **REFERÊNCIAS**

1. PESTANA A.L; ERDMAN A.L; SOUSA F.G.M. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. Esc Anna Nery (impr.). Rio de Janeiro, 2012 out - dez; 16 (4):734-740.

2. CAPPELLARO, J; SILVEIRA, R.S. da; LUNARDI, V.L; CORRÊA, L.V.O; SANCHEZ, M.L; SAIORON, I. Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: questões éticas. *Rev Rene. Rio Grande do Sul*, 2014 nov-dez; 15(6):949-56.
3. COSTA, C.R; COSTA, L.P.D; AGUIAR, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Rev. bioét. (Impr.). Tocantins*, 2016; 24 (2): 368-73.
4. DORIA, D.L; LEITE, P.M.G; BRITO, F.P.G; BRITO, G.M.G de; RESENDE, G.G.S.R; SANTOS, L.L.S.M. Conhecimento do enfermeiro no processo de doação de órgãos. *Enferm. Foco. Sergipe*, 2015; 6 (1/4): 31-35.
5. FREIRE, S.G; FREIRE, I.L.S; PINTO, J.T.J.M; ALMEIDA QUITHÉ, Q.L.D. de; TORRES, G.D.V. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Esc Anna Nery (impr.). Rio de Janeiro*, 2012 out - dez; 16 (4):761-766.
6. ARAUJO, J.P.M.D; AGUIAR, V.M; AMARAL, T.L.M; GENZINI, T; PRADO, P.R. do. Padronização da assistência de enfermagem na manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto. *CuidArte Enfermagem. Minas Gerais*, 2014 julho-dezembro; 8(2): 130-136.
7. PESSOA, J.L; SCHIRMER, J; ROZA, B.A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paul Enferm. São Paulo*, 2013; 26(4):323-30.
8. SOUZA, S.S; BORENSTEIN, M.S; SILVA, D.M.G.V. de; SOUZA, S.S. de; CARVALHO, J.B.de. Situations of stress experienced by nursing staff in the care of the potential organ donor. *J. res.: fundam. care. Online. Santa Catarina*, 2013. jul./set. 5(3):42-52.
9. VESCO, N.L; NOGUEIRA, C.S; FERREIRA, R.L; NASCIMENTO, V.S; BELÉM, B.M.L.B; MOTA, C.D.M.R.V. Conhecimento do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. *Rev enferm UFPE on line., Recife*, 2016. maio. 10(5):1615-24.

10. REIS, F.P.dos; GOMES, B.H.P; ETZEL, A. Morte encefálica e transplante de órgãos e tecidos: o entendimento dos alunos do curso de Medicina. *Rev Bras Ter Intensiva*. São Paulo, 2013. Set. 25(4):279-283
11. LEITE, N.F; MARANHÃO, T.L.G; FARIAS, A.A. Captação de múltiplos órgãos: os desafios do processo para os profissionais da saúde e familiares. *Id on Line Rev. Psic*. Ceará, 2017. Fev. V.11, N. 34.
12. BARBOUR, R. *Grupos Focais*. 1ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.
13. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.
14. TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 777-796, 2009.
15. MORAES, E.L. de; SANTOS, M.J. dos; MERIGHI, M.A.B; MASSAROLLO, M.C.K.B. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. São Paulo, 2014. mar.-abr;22(2):226-33.
16. CAVALCANTE, L.P; RAMOS, I.C; ARAÚJO, M.A.M; ALVEZ, M.D.S; BRAGA, V.A.B. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paul Enferm*. Fortaleza, 2014; 27(6):567-72.
17. NOGUEIRA, M.A; LEITE, C.R.A; FILHO REIS, E.V; MEDEIROS, L.M. Vivência das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos/tecidos para transplante. *Revista Recien*. São Paulo, 2015; 5(14):5-11.
18. LIMA, M.L.F; REGO, S.T.A; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. *Rev. bioét. (Impr.)*. Rio de Janeiro, 2015; 23 (1): 31-9.

19. WESTPHAL, G.A; GARCIA, V.D; SOUZA, R.L.de; FRANKE, C.A; VIEIRA, K.D; BIRCKHOLZ, V.R.Z. *et al.* Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. Santa Catarina, 2016. Rev Bras Ter Intensiva;28(3):220-255.
20. FREIRE I.L.S; VASCONCELOS, Q.L.D.A.Q.de; TORRES, G.V; ARAÚJO, E.D.de; COSTA, I.K.F; MELO, G.S.M. Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. Rev Bras Enferm. Rio Grande do Norte, 2015 set-out;68(5):837-45.
21. SILVA, V.F.A; JUNIOR ROCHA, J.R. A atuação do psicólogo junto a equipe de saúde em unidades de transplantes. Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2014. Nov. v. 2.n.2.p. 153-164.
22. LADESSA, L.E.C.L; SILVA, S.C; OLIVEIRA, P.C.de. Reflexões sobre o trabalho do psicólogo no processo de doação de órgãos. In: Anais da V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.6]. São Paulo, 2015: Editora Blucher.
23. FREIRE, I.L.S; OLIVEIRA DE MENDONÇA, A.E; BESSA DE FREITAS, M; MELO, G.S.M; COSTA, I.K.F; TORRES, G.V. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. in Enfermeria Global. Rio Grande do Norte, 2014. Out.
24. SILVA, J.R.F.da; SILVA, M.H.M; RAMOS, V.P. Familiaridade dos profissionais de saúde sobre os critérios de diagnósticos de morte encefálica. Enfermagem em Foco. João Pessoa, 2010; 1(3):102-107.
25. SANTOS, M.J; MASSAROLLO, M.C.K.B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Acta Paul Enferm. São Paulo, 2011;24(4):472-8.
26. PESSOA, J.L.E; SCHIRMER, J; ROZA, B.A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. Acta Paul Enferm. São Paulo, 2013; 26(4):323-30.

27. SANTOS, M,J; MORAES, E.L; MASSAROLLO, M.C.K.B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2012;36(1):34-40.
28. ROSÁRIO, E.N; PINHO, L.G; OSELAME, G.B; NEVES, E.B. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (3): 260.6.
29. FREIRE, I.L.S; VASCONCELOS, Q.L.D.A.Q; MELO, G.S.M; TORRES, G.V; ARAÚJO, E.C. *et al.* Facilitadores e barreiras na efetividade da doação de órgãos e tecidos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Out-Dez; 23(4): 925-34

## ANEXO I (Normas para Submissão em Revista Texto & Contexto)

### CHECK LIST DE SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Atualizado 05/10/2016

<p><b>1. O pagamento de submissão foi realizado?</b> <b>(Supplemental files not for review)</b></p>	<p><b>7. O Manuscrito:</b> a) Contém o título somente no idioma do manuscrito? b) Redigido na ortografia oficial do idioma do primeiro autor? c) Digitado com espaço de 1,5 cm? d) Configurado em papel A4 e página numeradas? e) Margem superior e esquerda: 3cm. Margem inferior e direita: 2 cm? f) Letra Times New Roman, tamanho 12? g) Recuo no início de cada parágrafo? (1,25) h) Verbatins nas normas? (itálico) i) As seções são: INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO?</p>
<p><b>2. Tem no máximo seis (06) autores?</b></p>	<p><b>8. Tabelas, quadros e figuras:</b> a) Há no máximo 05 ilustrações? b) Estão numeradas por algarismos arábicos? c) As tabelas não possuem traços internos? d) A fonte é Times New Roman, tamanho 12? e) O espaçamento entre linhas é SIMPLES? f) As imagens estão no corpo do texto e anexadas separadamente no sistema em formato JPEG ou TIFF, resolução de 300dpi, tamanho 23x16?</p>
<p><b>3. Title page</b> (Página de identificação) e Main Document (Manuscrito Principal) estão anexados em arquivos separados e em formato WORD?</p>	<p><b>9. Citações:</b> a) A citações está depois das pontuações e sem parêntese? b) Citações oriundas de dois ou mais autores que estão de forma sequencial na referência, utiliza-se HÍFEN: 1-5; c) Citações diretas estão entre aspas e informam a página do trecho?</p>
<p><b>4. Número de páginas:</b> INCLUINDO resumo e descritores EXCLUINDO as referências; a) ARTIGO ORIGINAL: Possui 15 páginas b) RELATO DE EXPERIÊNCIA: Possui 10 páginas c) REVISÃO: Possui 20 páginas (Inclui resumo + referências) d) REFLEXÃO: Possui 12 páginas</p>	<p><b>10. Notas de rodapé:</b> a) Há no máximo 03 notas de rodapé? b) Utilizar o asterisco para indicar a nota (*, **, ***);</p>
<p><b>5. Resumo e descritores:</b> a) Está somente na primeira página do MANUSCRITO? b) Tem no máximo 250 palavras? c) Está ESTRUTURADO, contendo as seguintes seções: OBJETIVO DO ESTUDO; MÉTODO; PRINCIPAIS RESULTADOS; CONCLUSÃO. d) Tem no mínimo 05 e no máximo 08 descritores? e) Os descritores estão separados por PONTO?</p>	<p><b>11. Referências:</b> a) Referências estão atualizadas? Máximo 05 anos? b) As referências que estejam disponíveis online em Inglês estão citadas em Inglês? c) As referências estão em Vancouver?</p>
<p><b>6. Na página de identificação:</b> a) Título do manuscrito (máx. 15 palavras)? b) Nome completo, título acadêmico mais elevado, afiliação institucional e e-mail de cada autor, cidade, estado e País? c) O nome do departamento e da instituição a qual o trabalho deve ser atribuído? d) Nome endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do AUTOR CORRESPONDENTE? e) Os agradecimentos estão na página de identificação? f) As contribuições individuais de cada autor estão nessa página? g) Está incluída nessa página informações sobre o texto de origem? h) Auxílio de fontes de fomento está nessa página?</p>	<p><b>12. Há no mínimo uma citação da REVISTA TEXTO E CONTEXTO ENFERMAGEM?</b></p> <p><b>13. Documentos suplementares:</b> Está anexado em arquivo independente e classificado como Supplemental files not for review a - Declaração de transferência de direitos autorais assinada por todos os autores? - Comprovante de pagamento? - Aprovação do comitê de ética e pesquisa?</p>

## **PREPARO DOS MANUSCRITOS**

Os manuscritos devem ser preparados obrigatoriamente de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5 cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3 cm e a margem direita e inferior de 2 cm. Letra Times New Roman tamanho 12, utilizando editor Word for Windows 97-2003 ou editores compatíveis. As tabelas, quadros e figuras devem ter espaçamento simples e letra Times New Roman 12.

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da Texto & Contexto Enfermagem.

### **Estrutura/seções:**

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusões
- Referências

**Resumo e Descritores:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores universalmente aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens não permitidos no resumo: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente e citações de autores.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

### **Referências**

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>) e International Nursing Index.

Não há limite para o número de referências nos manuscritos.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos; citação em inglês das referências que estejam disponíveis on-line nesse idioma; restringir para cerca de 30% o uso de referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor e/ou que não possam ter o impacto científico medido (literatura cinza, como: teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações legais oficiais) ou obras de reduzida expressão científica.

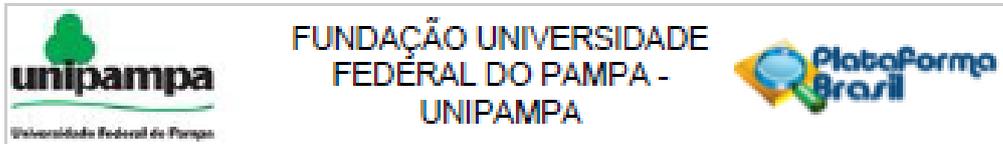
Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

**Artigo original:** contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados, e discussão e conclusão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – “estado da arte” e os objetivos do estudo. Definir os **métodos** empregados (tipo de estudo), o contexto/população estudada, as fontes de dados e os critérios de seleção amostral, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), a coleta de dados, os processos de análise, entre outros. Devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Em pesquisas qualitativas, a descrição do processo de análise deve contemplar o detalhamento dos passos específicos do estudo, não bastando indicar o tipo de análise efetuada. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e do CAAE e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas ilustrações (tabelas, figuras e quadros), o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo nelas contido. A **discussão deve vir separada dos resultados** e deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. As **conclusões** devem responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências bibliográficas. A extensão total do artigo limita-se a 15 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

## ANEXO II (PARECER CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Manutenção do potencial doador de órgãos em uma perspectiva multiprofissional

**Pesquisador:** Raquel Pötter Garcia

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 68647617.2.0000.5323

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.150.556

#### Apresentação do Projeto:

De acordo com o projeto:

Há uma progressiva evolução na caminhada da tecnologia que busca a resolatividade dos problemas de saúde, ou mesmo, do prolongar a vida, por meio de suportes, quer sejam mecânicos, químicos, ou mesmo, recursos humanos empenhados a estender a permanência do paciente, por vezes em estados comatosos, não-responsivos pós-coma ou minimamente responsivos. A Morte Encefálica (ME) é definida como uma parada total e irreversível do cérebro e do tronco cerebral, mas que pode manter, temporária e artificialmente, a função cardiorrespiratória. Dentre as pessoas que morrem dentro do hospital, apenas de 1 a 4% apresentam ME; essa população aumenta quando se delimita o cenário de UTI onde encontram-se de 10 a 15% pacientes, sendo esses considerados Potenciais Doadores (PD). Faz-se necessário o conhecimento científico por parte dos profissionais que atuam diretamente vinculados ao processo de ME, e manutenção do PD, e agregado a tal, a sensibilidade e preparo para enfrentamento junto à família deste processo, para que com isso possa se efetivar um maior número de transplantes de órgãos e tecidos. Diante das considerações e reflexões mencionadas, este estudo tem como questão de pesquisa: Como são as perspectivas da equipe multiprofissional em relação ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e a inserção da família neste contexto?

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km 502  
Bairro: Prédio Administrativo - Sala 23 - Caixa CEP: 97.500-970  
UF: RS Município: URUGUAIANA  
Telefone: (51)3311-0202 E-mail: cep@unipampa.edu.br

Continuação do Parecer: 3.150.590

Para responder este questionamento, objetiva-se conhecer as perspectivas da equipe multiprofissional em relação ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e a inserção da família neste contexto. Será realizada uma pesquisa de campo qualitativa, descritiva e exploratória com profissionais de saúde que compõem a assistência ao potencial doador de órgãos, no Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana. Serão incluídas as categorias profissionais que atuam na manutenção do potencial doador dentro da instituição, respeitando um número adequado que componha o método de coleta de dados do grupo focal sem interferir na sua produtividade. Por outro lado, serão excluídos os profissionais de saúde que estiverem em licenças de qualquer natureza e que não tiverem condições de se comunicar verbalmente. A coleta de dados ocorrerá por meio da realização de três encontros de grupos focais abrangendo questões pertinentes ao tema e os dados serão analisados conforme análise de Minayo que se dá em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. O presente projeto está de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 que rege pesquisas envolvendo seres humanos e também da Resolução nº 510/16 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências. Pretende-se que os resultados forneçam dados aos profissionais e ao Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana ambicionando qualificar os processos de trabalho envolvidos na manutenção do potencial doador, elevando a efetivação de captação de órgãos e auxiliando familiares no enfrentamento desta vivência

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com o projeto:

Conhecer as perspectivas da equipe multiprofissional em relação ao processo de manutenção do potencial doador de órgãos e a inserção da família neste contexto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa apresentará riscos quanto à mobilização de sentimentos, sendo que o participante poderá experimentar constrangimento ou desconforto ao participar do grupo focal. Os eventuais danos referidos podem ser imediatos ou tardios e serão consideradas a todo o momento as suas dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual. Além disso, o participante poderá interromper a entrevista sempre que se sentir desconfortável e havendo a necessidade contará com o amparo e direcionamento ao apoio

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km 502  
Bairro: Prédio Administrativo - Sala 23 - Caixa CEP: 97.500-970  
UF: RS Município: URUGUAIANA  
Telefone: (51)3211-0202 E-mail: ocp@unipampa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.150.558

social/psicológico de referência do serviço.

**Benefícios:**

A participação no estudo poderá trazer o benefício de gerar conhecimento para o hospital Santa Casa de Uruguaiana e ofertar subsídios para o trabalho dos profissionais que atuam na manutenção do potencial doador.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de grande relevância na área da saúde

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Carta resposta as pendências: OK

Folha de rosto - OK

TCLE - Ok

Termo Instituição coparticipante - OK

Termo confidencialidade- OK

**Recomendações:**

As recomendações do parecer 2.117.373 de 13 de junho de 2017 foram atendidas

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A entrega de relatório parcial e ou final é responsabilidade do pesquisador.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_904265.pdf	14/05/2017 11:31:32		Aceito
Outros	carta_pendencias_2.pdf	14/05/2017 07:55:59	Raquel Pötter Garcia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	projeto_jessica_14_05.pdf	14/05/2017 07:53:09	Raquel Pötter Garcia	Aceito

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km 502

Bairro: Prédio Administrativo - Sala 23 - Caixa CEP: 97.500-970

UF: RS Município: URUGUAIANA

Telefone: (51)3011-0202

E-mail: cep@unipampa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.150.590

Outros	termoconf.pdf	01/06/2017 23:56:15	Raquel Pötter Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclejessica.pdf	18/05/2017 21:12:16	Raquel Pötter Garcia	Aceito
Outros	instrumentojessica.pdf	18/05/2017 20:46:26	Raquel Pötter Garcia	Aceito
Outros	declaracaocopart.pdf	18/05/2017 20:37:58	Raquel Pötter Garcia	Aceito
Outros	projeto_slippe.pdf	18/05/2017 20:35:55	Raquel Pötter Garcia	Aceito
Folha de Rosto	20170419114006362.pdf	18/05/2017 17:10:24	Raquel Pötter Garcia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

URUGUAIANA, 01 de Julho de 2017

Assinado por:

JUS SARA MENDES LIPINSKI  
(Coordenador)

Endereço: Campus Uruguaiana BR-472, Km 592

Bairro: Prédio Administrativo - Sala 23 - Caixa

CEP: 97.500-970

UF: RS

Município: URUGUAIANA

Telefone: (51)32911-0202

E-mail: cep@unipampa.edu.br

## APÊNDICE I

### INSTRUMENTO COLETA DE DADOS

1º encontro – técnica de chuva de ideias

Questões disparadoras que irão tratar de *processo de morrer, conceituação de morte encefálica e potencial doador de órgãos, diagnóstico e notificação de morte encefálica;*

2º encontro - técnica de vinheta

Questões para abordar *estrutura e organização no cuidado ao potencial doador de órgãos, alterações fisiológicas do potencial doador, cuidados específicos ao potencial doador, e aceite ou recusa familiar para doação de órgãos;*

3º encontro – técnica chuva de ideias

Questões sobre *decisões éticas que permeiam o processo de manutenção do potencial doador, a comunicação de más notícias, e os sentimentos da equipe profissional que atua na manutenção do potencial doador de órgãos.*