

ARTIGO ORIGINAL

FRAGILIDADES DO CONHECIMENTO DAS EQUIPES DE UNIDADES DE CRÍTICOS RELACIONADAS AO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Tamara Vieira Cordeiro¹, Neide da Silva Knih², Aline Lima Pestana Magalhães³, Sayonara de Fátima Faria Barbosa⁴, Sibebe Maria Schuantes Paim⁵

RESUMO

Objetivo: avaliar fragilidades das equipes das unidades críticas relacionadas ao processo de doação. **Método:** estudo transversal, com 150 profissionais de saúde. Coleta de dados entre 2017 e 2018 em dois hospitais públicos de Santa Catarina, com auxílio de instrumento específico sobre as etapas do processo de doação de órgãos e tecidos. Dados analisados por frequência absoluta e relativa, testes de Kolmogorov-Smirnov e Mann-Whitney.

Resultados: índices de acertos: critérios para iniciar o diagnóstico de morte encefálica 137 (91,3%) e sinais clínicos de morte encefálica 126 (84%). **Fragilidades:** critérios que impedem o diagnóstico de morte encefálica 36 (24%) e sequência das etapas do processo de doação 56 (37%). Houve correlação entre tempo de atuação na unidade com os critérios que impedem o diagnóstico de Morte $p=0,039$.

Conclusão: os resultados podem embasar ações frente às fragilidades, impactando na melhora do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.

DESCRITORES: Morte Encefálica; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Cordeiro TV, Knih N da S, Magalhães ALP, Barbosa S de FF, Paim SMS. Fragilidades do conhecimento das equipes de unidades de críticos relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66128>.





Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹Enfermeira. Residente em Saúde da Família. Prefeitura de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

⁵Discente de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

WEAKNESSES IN THE KNOWLEDGE OF CRITICAL CARE UNIT TEAMS RELATED TO THE PROCESS OF ORGAN AND TISSUE DONATION

ABSTRACT

Objective: To assess the weaknesses of the teams of the critical care units related to the donation process.

Method: A cross-sectional study conducted with 150 health professionals. Data collection took place between 2017 and 2018 in two public hospitals in Santa Catarina, with the aid of a specific instrument on the stages process of organ and tissue donation. Data was analyzed by absolute and relative frequencies, Kolmogorov-Smirnov and Mann-Whitney tests.

Results: Hit rates: criteria for starting the diagnosis of brain death 137 (91.3%) and clinical signs of brain death 126 (84%). Weaknesses: criteria that prevent the diagnosis of brain death 36 (24%) and sequence of the stages of the donation process 56 (37%). There was a correlation between the length of professional activity in the unit and the criteria that prevent the diagnosis of Death $p=0.039$.

Conclusion: The results can support actions in the face of the weaknesses, impacting on the improvement of the organ and tissue donation and transplantation process.

DESCRIPTORS: Brain Death; Tissue and Organ Procurement; Nursing; Patient Care Team; Intensive Care Units.

DEBILIDADES EN EL CONOCIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS RELACIONADAS CON EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

RESUMEN:

Objetivo: evaluar las debilidades de los equipos de las unidades de cuidados críticos relacionadas con el proceso de donación.

Método: estudio transversal realizado con 150 profesionales de la salud. Los datos se recolectaron entre 2017 y 2018 en dos hospitales públicos de Santa Catarina, con la ayuda de un instrumento específico sobre las etapas del proceso de donación de órganos y tejidos. Los datos se analizaron por frecuencia absoluta y relativa, y mediante pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Mann-Whitney.

Resultados: índices de respuestas correctas: criterios para iniciar el diagnóstico de muerte encefálica, 137 (91,3%), y señales clínicas de muerte encefálica, 126 (84%). Debilidades: criterios que impiden el diagnóstico de muerte encefálica, 36 (24%), y secuencia de las etapas del proceso de donación, 56 (37%). Se registró una correlación entre el tiempo de trabajo en la unidad con los criterios que impiden el diagnóstico de muerte: $p = 0,039$.

Conclusión: los resultados pueden servir de base para implementar acciones frente a las debilidades, con un buen efecto sobre la mejora del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos.

DESCRIPTORES: Muerte encefálica; Obtención de tejidos y órganos; Enfermería; Equipo de atención al paciente; Unidades de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

Apesar de inúmeros avanços no processo da doação de órgãos e tecidos para transplantes, ainda existem diversas dificuldades dos profissionais de saúde que atuam nesse contexto⁽¹⁻³⁾. A legislação brasileira define etapas distintas para a condução desse processo desde 1997, atualizadas em 2017^(4,5).

Às equipes de saúde das Unidades de Pacientes Críticos (UCIs), as quais correspondem à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Serviço de Emergência (SE), incumbe a responsabilidade e o dever de seguir normas vigentes preconizadas para todas as etapas do processo: identificação, avaliação e validação de pacientes com critérios clínicos de Morte Encefálica (ME); comunicação à família da abertura do diagnóstico de ME; diagnóstico de ME; manutenção do potencial doador de órgãos; notificação do Potencial Doador de Órgãos (PDO) e atualização das informações das condições do PDO às Centrais Estaduais de Transplantes (CET); informar à família sobre a conclusão do diagnóstico da morte e desenvolver o acolhimento durante o processo de luto^(1,4,5).

Ficam sob responsabilidade dessas equipes atribuições importantes no processo, como a identificação do possível doador, o diagnóstico de ME, informação da gravidade à família, planejamento da assistência às alterações hemodinâmicas que surgem em virtude da lesão neurológica, além do contato direto com profissionais que atuam nas CETs, Organizações de Procura de Órgãos (OPO) e Comissões Hospitalares de Transplante (CHT), informando sobre condições clínicas do PDO e andamento das outras etapas^(1,4-8).

Mesmo diante de esforços para preparar as equipes, ainda há fragilidades relacionadas à insegurança quanto à confirmação da ME, desconhecimento da legislação vigente, dificuldade em identificar profissionais habilitados para conduzir o diagnóstico de ME e informar a família sobre as etapas deste diagnóstico de ME. Além disso, há dificuldades quanto ao manejo do PDO, devido às alterações hemodinâmicas, medo e insegurança em provocar mais dor à família ao comunicar a morte e falar sobre doação de órgãos^(6,8-11).

Assim, compreende-se que, apesar de estudos já apontarem as fragilidades da equipe que atua nas Unidades de Pacientes Críticos no processo de doação⁽⁹⁻¹³⁾, considera-se fundamental dar continuidade à investigação acerca dessa temática em nosso país, visto que o Brasil apresenta grande extensão territorial e realidades distintas neste cenário.

Sendo assim, as informações da pesquisa irão auxiliar gestores locais e organizações governamentais e não governamentais a promover ajustes nas políticas públicas do processo de doação de órgãos e tecidos, além de oportunizar ações estratégicas dos gestores no sentido de apoiar, capacitar e assegurar que se desenvolva um cuidado seguro e efetivo neste processo.

O impacto do estudo vislumbra proporcionar mudanças na prática diária desses profissionais, visto serem eles que conduzem etapas fundamentais do processo de doação. Destaca-se, portanto, a relevância do estudo, uma vez que o estado brasileiro onde foi desenvolvida a referida pesquisa mostra os melhores resultados em doação de órgãos nos últimos oito anos⁽¹⁴⁾.

Diante deste contexto, objetivou-se com a pesquisa avaliar fragilidades das equipes de saúde das Unidades de Pacientes Críticos quanto às etapas do processo de doação de órgãos, considerando a legislação vigente no país.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, desenvolvido em dois hospitais referência em doação de órgãos no estado de Santa Catarina no período entre 2017 e 2018. A opção

pelas instituições está relacionada com o fato de apresentarem a média de 65 notificações de PDO por ano, além de serem instituições de grande porte no estado.

Os participantes da pesquisa foram 243 profissionais que atuavam nas UCIs, unidades onde estão hospitalizados PDO. Os critérios de inclusão foram: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes por mais de seis meses nas UCIs. Critérios de exclusão foram: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem em férias, licença-maternidade, auxílio-doença, atestado, ou com menos de seis meses na unidade. A amostra foi constituída por 150 profissionais, recrutados de forma aleatória nos três turnos de trabalho, considerando um índice de significância de 95%.

Para iniciar a coleta de dados, os pesquisadores apresentaram-se a cada profissional destacando os objetivos, as contribuições e o formulário a ser preenchido. Quando do aceite, esses procederam com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, na sequência, preenchimento do formulário de maneira individual, em local privado, sem interferência de qualquer outro membro da equipe. A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O formulário para coleta de dados foi composto por 13 questões. Cinco se relacionavam com a descrição do perfil profissional e unidade de trabalho. Oito envolviam as etapas do processo de doação; cada uma possuía quatro alternativas de resposta, sendo que apenas uma estava correta. Para a construção das questões, as autoras identificaram na legislação as etapas do processo de doação^(4,5,15).

As variáveis do formulário relacionadas ao perfil profissional foram: idade; formação profissional; tempo de formação profissional; unidade de atuação; tempo de atuação na unidade. Variáveis do processo de doação: sinais clínicos de ME (identificação, avaliação e validação do potencial doador); critérios para iniciar o diagnóstico de ME; critérios que impedem o diagnóstico de ME; exames a serem realizados para o diagnóstico de ME; sequência das etapas do processo de doação de órgãos e tecidos; e principais cuidados na manutenção do PDO.

A validação deste formulário ocorreu junto a 20 profissionais, 12 (60%) enfermeiros; cinco (25%) técnicos de enfermagem e três (15%) médicos, sendo que 12 (60%) atuavam diretamente na assistência ao PDO e os outros oito (40%) atuavam na coordenação do processo de doação de órgãos e tecidos.

Foram considerados para a coleta de dados os seis maiores hospitais em doação de órgãos e tecidos no estado, os quais notificam, aproximadamente, 40 doadores por ano à Central de Transplantes. Já para validação, foram considerados hospitais de médio porte, os quais notificam em média 15 PDO por ano à Central de Transplantes. A definição desta instituição foi pela proximidade da instituição com os pesquisadores.

Após ajustes no formulário sugeridos pelos profissionais, relacionados ao aprimoramento da linguagem, procedeu-se com a coleta de dados.

Para a análise das variáveis categóricas, foi utilizada a distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) e realizado o teste qui-quadrado. Para as variáveis quantitativas, apresentou-se a média, intervalo de confiança de 95%, mediana, mínimo, máximo, desvio-padrão e erro-padrão. Para as análises inferenciais, o nível de significância adotado foi de 5% e valeu-se do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), sendo utilizados testes estatísticos Kolmogorov-Smirnov com valor $p > 0,05$; teste de Mann-Whitney U para fator com 2 categorias e teste de Kruskal-Wallis para fator com 3 categorias ou mais.

A pesquisa foi aprovada em 2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer 1.538.577.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 150 profissionais de saúde, sendo 34 (22,7%) enfermeiros, 37 (24,7%) médicos e 79 (52,7%) técnicos de enfermagem. Dos participantes, 97 (64,6%) trabalhavam na Unidade de Emergência e 52 (34,7%) atuavam na Unidade de Terapia Intensiva. Desses, 113 (75,3%) participantes não receberam nenhum tipo de capacitação sobre a temática doação de órgãos. Dos profissionais que receberam capacitação, 37 (100%) eram enfermeiros, com uma média de 10 horas de capacitação.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos profissionais quanto à formação e ao local de trabalho. O maior número de participantes foi das Unidades de Emergência, totalizando 97 (64,7%), desses, 53 (35,3%) eram do H1.

Tabela 1 – Distribuição de frequência com relação à unidade de trabalho e formação profissional. Florianópolis, SC, Brasil, 2019

Formação Profissional			Enfermeiro(a)	Médico(a)	Técnico(a) de Enfermagem	Total
Unidade de trabalho	Emergência H1	N	13	17	23	53
		%	24,5	32,1	43,4	100
	Emergência H2	N	12	3	29	44
		%	27,3	6,8	65,9	100
	Emergência/UTI H2	N	0	1	0	1
		%	0	100	0	100
	UTI H1	N	6	5	13	24
		%	25	20,8	54,2	100
	UTI H2	N	3	11	14	28
		%	10,7	39,3	50	100
	Total	N	34	37	79	150
		%	22,7	24,7	52,6	100

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados coletados

No que se refere às fragilidades, representadas pelos erros e acertos quanto às etapas do processo de doação, houve maior índice de acertos em relação às variáveis: 137 (91,3%) critérios para iniciar o diagnóstico de ME, 126 (84%) sinais clínicos de ME e 126 (84%) principais cuidados na manutenção do PDO. Acerca dos erros, destacam-se as variáveis: 36 (24%) critérios que impedem o diagnóstico de ME e 56 (37%) sequência das etapas do processo de doação de órgãos e tecidos.

As Tabelas 2 e 3 apresentam a distribuição de erros e acertos por categoria profissional relativamente às duas variáveis com maior porcentagem de erros. Na variável critérios que impedem o diagnóstico de ME (Tabela 2), houve maior porcentagem de erros entre os técnicos de enfermagem 64 (81%). Na variável sequência do processo de doação de órgãos e tecidos (Tabela 3), a maior porcentagem de erros 27 (73%) estava entre os médicos.

Tabela 2 – Distribuição de frequência com relação aos critérios que impedem o diagnóstico de Morte Encefálica e formação profissional. Florianópolis, SC, Brasil, 2019

Assinale a alternativa que você considera ser a correta quanto aos critérios que impedem a abertura do diagnóstico de morte encefálica			Errada	Correta	Total
Formação profissional	Técnico(a) de Enfermagem	n	64	15	79
		%	81	19	100
	Enfermeiro(a)	n	25	9	34
		%	73,5	26,5	100
	Médico(a)	n	25	12	37
		%	67,6	32,4	100
Total	n	114	36	150	
	%	76	24	100	

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados coletados.

Tabela 3 – Distribuição de frequência com relação a sequência do processo de doação de órgãos e tecidos e formação profissional. Florianópolis, SC, Brasil, 2019

Assinale a alternativa que você considera ser a correta quanto às etapas do processo de doação de órgãos e tecidos			Errada	Correta	Total
Formação profissional	Técnico(a) de Enfermagem	n	50	29	79
		%	63,3	36,7	100
	Enfermeiro(a)	n	17	17	34
		%	50	50	100
	Médico(a)	n	27	10	37
		%	73	27	100
Total	n	94	56	150	
	%	62,7	37,3	100	

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados coletados.

Na correlação entre as variáveis características dos profissionais com as variáveis do processo de doação de órgãos, apenas houve significância estatística ($p=0,039$) entre a variável tempo de atuação do profissional na unidade e a variável critérios que impedem o diagnóstico de ME (Tabela 4). O tempo médio de atuação nas unidades foi acima de 6 anos.

Tabela 4 – Relação entre idade, tempo de formação, tempo de atuação na unidade e capacitação com os critérios que impedem o diagnóstico de Morte Encefálica. Florianópolis, SC, Brasil, 2019

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Valor p
Idade	2406,000	4002,000	-0,879	0,379
Tempo de formação profissional (anos)	2473,500	4069,500	-0,512	0,608
Tempo de atuação na unidade (anos)	2044,500	3584,500	-2,060	0,039
Capacitação recebida sobre o processo de doação	67,000	187,000	-0,814	0,416

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados coletados.

*U: Teste de Mann-Whitney U (para fator com 2 categorias)

†W: Teste não paramétrico de Mann-Whitney W (para comparação de duas amostras independentes)

‡Z: Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov

§Valor p: Diferença entre as variáveis avaliadas

DISCUSSÃO

A equipe que atua no processo de doação de órgãos deve possuir habilidade e conhecimento, proporcionando segurança, efetividade e órgãos viáveis para transplante^(11,16). As informações obtidas no estudo mostram fragilidades relevantes da equipe de saúde das UCIs frente a estas etapas.

No que diz respeito à formação dos participantes, houve maior predomínio de técnicos de enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pontua que há uma maior proporção de técnicos de enfermagem nas UCIs em relação a médicos e enfermeiros, os quais desenvolvem cuidados integrais durante as 24 horas do dia a pacientes graves hospitalizados em tais unidades⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Destaca-se que esses profissionais assumem assistência direta ao paciente neurocrítico grave (aquele com possibilidade e critérios para ME) e na manutenção do PDO (paciente com diagnóstico de ME concluído e notificado à CET)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Contudo, eles não estão envolvidos diretamente na condução de nenhuma etapa do processo de doação. A eles incube o papel da assistência e cuidados direcionados ao paciente com critérios de iniciar o diagnóstico de ME e ao PDO.

Considera-se que a fragilidade de conhecimento dos referidos profissionais acerca dessa temática, em especial quanto aos critérios que impedem o início do diagnóstico de ME (acima de 80% de erros), pode contribuir para retardar o início deste diagnóstico. Todavia, essa responsabilidade não é somente destes profissionais, mas de toda a equipe das UCIs. Ao não conhecerem esses critérios, deixam de identificar pacientes com critérios de ME diariamente em seus cuidados.

Autores apontam que o diagnóstico de ME é uma etapa crucial no processo de doação de órgãos, sendo fundamental a participação de todos os profissionais das UCIs para que este possa ser agilizado e desenvolvido dentro dos parâmetros éticos e legais. Somente após constatada a ME é que o PDO poderá ser notificado à CET e informar a família sobre a morte^(4,5).

Ainda no tocante da variável critérios que impedem o início do diagnóstico de ME, houve um percentual importante de erros entre enfermeiros e médicos, (acima de 65%). São esses profissionais que identificam, avaliam e validam o PDO, coordenam e direcionam ações de cuidados a pacientes com critérios de iniciar o diagnóstico de ME^(4,5). O não reconhecimento de tais critérios pode comprometer a condução do diagnóstico de ME e

a informação do quadro clínico à família^(4,5,15).

A fragilidade de conhecimento destes critérios pode gerar insegurança nos profissionais, desconfiança pelos demais colegas e familiares sobre o processo. Estudos apontam que profissionais habilitados e seguros tornam o processo de doação mais ágil e tranquilo^(10,19-23). É preciso lembrar que os profissionais devem possuir aptidão, conhecimento, habilidade e agilidade frente a todas as intercorrências e necessidades que possam surgir durante a assistência ao PDO e família⁽²⁰⁻²³⁾. A ausência desses elementos constitui uma das barreiras ao processo de doação^(10,16).

Os dados deste estudo corroboram com outros estudos já realizados junto a profissionais das Unidades de Pacientes Críticos acerca da temática^(2,3,7). Isso mostra que os erros entre médicos e enfermeiros se igualam na mesma proporção nas duas variáveis com maior porcentagem de erros deste estudo. O conhecimento desses profissionais sobre cada etapa do processo de doação permite sincronia de informações entre os membros da equipe. Na doação de órgãos, o tempo, a agilidade e a segurança são essenciais para a manutenção do PDO e a seguridade de órgãos viáveis para transplante^(6,15). A fragilidade da equipe de saúde quanto à temática doação de órgãos pode contribuir para perdas de PDO devido à identificação tardia de pacientes com sinais clínicos de ME^(13,14).

Os critérios para iniciar o protocolo de ME são estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1997⁽¹⁵⁾, foram aprimorados em 2017^(4,5), ficando sob a responsabilidade exclusiva do médico a condução deste diagnóstico. Entretanto, outros membros da equipe que desenvolvem cuidados diretos ao paciente neurocrítico podem identificar sinais clínicos de ME⁽⁵⁾. O estudo mostra que mais da metade dos médicos erraram os critérios que impedem o início desse diagnóstico. É fundamental que eles saibam identificar esses critérios^(1,4,5,7). Outros estudos já indicam fragilidades da equipe nessa etapa, bem como na condução deste diagnóstico^(9,24).

Outra fragilidade identificada foi o conhecimento da sequência correta do processo de doação de órgãos e tecidos. A porcentagem de erros entre médicos está acima de 70%. A primeira etapa deste processo envolve a comunicação da gravidade e a comunicação do início do diagnóstico de ME à família^(1,15). É nessa etapa que o médico deve esclarecer à família sobre como será conduzida cada fase do protocolo de ME. Além disso, deve oferecer a possibilidade da participação de profissional médico de confiança da família nas fases do diagnóstico⁽¹⁻³⁾.

Quando a família não é informada sobre cada etapa do processo de doação, torna-se mais propensa a dizer não à doação, por não compreender as etapas e pensar que o paciente está vivo mesmo depois de concluído o diagnóstico de ME^(25,26).

Considerando que o maior índice de erros foi entre profissionais do Serviço de Emergência (SE), os quais atuam por mais de seis anos nessa unidade, faz-se necessário que ações de melhorias sejam iniciadas prioritariamente junto a tal população. Destaca-se que a participação desses profissionais no estudo foi de extrema relevância, em virtude de que, nos últimos anos, aumentou o número de notificações de PDO nesta unidade⁽¹⁴⁾. Ademais, a falta de leitos na UTI para atender pacientes graves faz com que eles permaneçam por mais tempo no SE com leitos adaptados⁽²⁰⁾, aproximando profissionais do SE ao processo de doação. O início do protocolo de ME nesta unidade contribui para agilizar o processo de doação e acréscimo no número de notificações de PDO^(1,2,6).

Outra fragilidade destacada pelo estudo foi o alto percentual (>75%) de profissionais que não receberam capacitações sobre a temática. Outros estudos evidenciam como fragilidades a pouca capacitação e a dificuldade de adaptação das unidades de trabalho, causadas muitas vezes pela sobrecarga de trabalho⁽²⁷⁾. Ações educacionais que tragam mais conhecimentos na temática podem impactar diretamente no número de notificações de PDO e doadores efetivos^(2,3,6). O processo de doação exige da equipe conhecimento sobre comunicação efetiva, sincronia nas informações e sabedoria para estar com a família frente ao processo de hospitalização nas UCIs, morte e luto^(7,28).

Nesta perspectiva, entende-se que a educação permanente deve ser vista pelos gestores como oportunidade para desenvolver melhores práticas em saúde e melhorias na gestão do cuidado⁽²⁹⁾. No que se refere às etapas do processo de doação, a legislação vigente determina que, antes de ser inserido nesse processo, o gestor deve promover a capacitação dos profissionais. A nova Resolução do CFM determina a necessidade de médicos capacitados e habilitados para desenvolver plenamente cada etapa deste processo^(4,5).

As informações obtidas mostram nuances importantes com relação ao conhecimento da equipe sobre o processo de doação no estado da coleta de dados, considerando que é o local onde há melhores resultados em doação nos últimos oito anos, resultados esses comparáveis com países da Europa conforme métricas da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

O estudo apresenta informações relevantes referentes às fragilidades da equipe de saúde das Unidades de Pacientes Críticos quanto às etapas do processo de doação. Evidencia-se como principal fragilidade a ausência de capacitações relacionadas ao tema. Com relação às etapas do processo de doação, as principais fragilidades identificadas envolvem os erros associados aos critérios que impedem a abertura do diagnóstico de ME e sequência das etapas do processo de doação.

Destaca-se que o estudo pontua informações relevantes sobre o processo de doação de órgãos e tecidos, as quais oportunizam aos gestores elaborar um plano de trabalho voltado às principais fragilidades identificadas.

É importante enfatizar a necessidade da produção de estudos mais aprofundados na identificação do conhecimento dos profissionais relativo ao tema, para que possam ser avaliados fatores externos e internos que contribuam para a elaboração de estratégias que melhorem a prática assistencial.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade Federal de Santa Catarina, Edital Propesq 01/2018.

REFERÊNCIAS

1. Rocha DF da, Canabarro ST, Subdrack AW. Duties of an Organ Procurement Organization within the activities of the Intrahospital Organ Donation Commission. Rev. bras. promoç. saúde [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr 2019]; 29(4). Disponível em: <https://goo.gl/nVBx3K>.
2. Kentish-Barnes N, Duranteau J, Montlahuc C, Charpentier J, Martin-Lefevre L, Joseph L, et al. Clinicians' Perception and experience of organ donation from brain-dead patients. Crit. Care. Med [Internet]. 2017 [acesso em 06 abr 2019]; 45(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002581>.
3. Lomero M del M, Jiménez-Herrera MF, Rasero MJ, Sandiumenge A. Nurses' attitudes and knowledge regarding organ and tissue donation and transplantation in a provincial hospital: a descriptive and multivariate analysis. Nurs. Health Sci. [Internet]. 2017 [acesso em 06 abr 2019]; 19(3). Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/nhs.12348>.

4. Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 9.175, de outubro de 2017: regulamenta a Lei n. 9434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União, [Internet]. 18 out 2017 [acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/511312696/decreto-9175-17>.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.173 de 23 novembro 2017. Critérios de morte encefálica [Internet]. Brasília: CFM; 2017 [acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>.
6. Westphal GA, Garcia VD, Souza RL de, Franke CA, Vieira KD, Birckholz VRZ, et al. Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr 2019]; 28(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2016000300220&script=sci_arttext&tIng=en.
7. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM de, Lanzoni GMM, Silva EL, Mello ALSF de. Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 06 abr 2019]; 39. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274>.
8. Silva HB da, Silva KF da, Diaz CMG. Intensive nursing front of organ donation: an integrative review. J. res.: fundam. care. online [Internet]. 2017 [acesso em 06 abr 2019]; 9(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.882-887>.
9. Aredes J de S, Firmo JOA, Giacomini KC. Deaths that save lives: the complexities of medical care for patients with suspected brain death. Cad Saude Publica [Internet]. 2018 [acesso em 06 abr 2019]; 34(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00061718>.
10. Ramadurg UY, Gupta A. Impact of an educational intervention on increasing the knowledge and changing the attitude and beliefs towards organ donation among medical students. JCDR [Internet]. 2014 [acesso em 06 abr 2019]; 8(5). Disponível em: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/6594.4347>.
11. Lomero MM, Rasero MJ, Fuentes L, Jaume M. Knowledge and attitude of health personnel at the garraf health consortium regarding donation and transplantation. Transplant. Proc. [Internet]. 2015 [acesso em 06 abr 2019]; 47(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.08.030>.
12. Cavalcante L de P, Ramos IC, Araújo MAM, Alves MD dos S, Braga VAB. Nursing care to patients in brain death and potential organ donors. Rev. paul. enferm. [Internet]. 2014 [acesso em 06 abr 2019]; 27(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400092>.
13. Knihns N da S, Schirmer J, Roza B de A. Cross-cultural translation of quality instruments in the organ donation process. Rev. paul. enferm. [Internet]. 2014 [acesso em 06 abr 2019]; 27(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400012>.
14. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (BR). Registro Brasileiro de Transplantes Jan/Set de 2018. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2018 [acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/rbt2018-let-3t.pdf>.
15. Brasil. Lei n. 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 dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, [Internet]. Brasília, 1997 [acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9434.htm.
16. Radunz S, Bnekö T, Stern S, Saner FH, Paul A, Kaiser GM. Medical students' education on organ donation and its evaluation during six consecutive years: results of a voluntary, anonymous educational intervention study. Eur. J. Med. Res. [Internet]. 2015 [acesso em 06 abr 2019]; 20(23). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40001-015-0116-6>.
17. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. [Internet], Brasília: COFEN; 2004 [acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2922004_4328.html.

18. Borges F, Bohrer CD, Bugs TV, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC de. Nursing staff dimensioning at the adult ICU of a public teaching Hospital. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 06 abr 2019]; 22(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.50306>.
19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [acesso em 06 abr 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
20. Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR, Caldana G. The nurse's leadership within the context of emergency care services. *Rev. eletrônica enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 06 abr 2019]; 16(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>.
21. Correio RAPPV, Vargas MA de O, Campagnani MIS, Ferreira ML, Luz KR da. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enferm. Foco* [Internet]. 2015 [acesso em 06 abr 2019]; 6(4). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/576/258>.
22. Vieira MS, Nogueira LT. The work process in the context of organ and tissue donation. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2015 [acesso em 06 abr 2019]; 23(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.11744>.
23. Viana RAPP, Vargas MA de O, Carmagnani MIS, Tanaka LH, Luz KR da, Schmitt PH. Profile of an intensive care nurse in different regions of Brazil. *Texto contexto-enferm.* [Internet]. 2014 [acesso em 06 abr 2019]; 23(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100018>.
24. Moghaddam HY, Manzari ZS, Heydari A, Mohammadi E, Khaleghi I. The nursing challenges of caring for brain-dead patients: a qualitative study. *Nurs. Midwifery Stud.* [Internet]. 2018 [acesso em 06 abr 2019]; 7(3). Disponível em: <http://www.nmsjournal.com/article.asp?issn=2322-1488;year=2018;volume=7;issue=3;epage=116;epage=121;aulast=Moghaddam>.
25. Fernandes MEN, Bittencourt ZZL de C, Boin I de FSF. Experiencing organ donation: feelings of relatives after consent. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 06 abr 2019]; 23(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0486.2629>.
26. Hoseini STM, Manzari Z, Khaleghi I. ICU nurses' knowledge, attitude, and practice towards their role in the organ donation process from brain-dead patients and factors influencing it in Iran. *Int J Organ Transplant Med* [Internet]. 2015 [acesso em 06 abr 2019]; 6(3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545304>.
27. Antunes CF, Cardoso SM de M, Fontana RT, Soares NV, Brum ZP de, Rodrigues FCP. Difficulties perceived by workers with disabilities in the routine of their work. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr 2019]; 21(3). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45834>.
28. Araújo C de, Santos JAV dos, Rodrigues RAP, Guidi Júnior LR. O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos. *Rev. Saúde em Foco* [Internet]. 2017 [acesso em 06 abr 2019]; 9(1). Disponível em: <http://docplayer.com.br/71638998-O-papel-do-profissional-de-enfermagem-na-doacao-de-orgaos.html>.
29. Vedruscolo C, Delazere JC, Zocche DA de A, Kloh D. Permanent education as management enhancer of brazilian health system: managers's perception. *Rev. enferm. UFSM* [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr 2018]; 6(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769220229>.

Recebido: 18/04/2019
Finalizado: 24/03/2020

Autor Correspondente:
Neide da Silva Knih
Universidade Federal de Santa Catarina

R. Jorge Lacerda, 233 – 88354-210 – Brusque, SC, Brasil

E-mail: neide.knihs@ufsc.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - TVC, NSK, ALPM, SFFB, SMSP

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - TVC, NSK, ALPM, SFFB, SMSP

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - TVC, NSK, ALPM, SFFB, SMSP

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - TVC, NSK, ALPM, SFFB, SMSP
