

CURSO DE ENFERMAGEM

Ahlana Francine Trevisan

**FATORES ESTRESSORES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO:
VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE
CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE**

Santa Cruz do Sul
2015

Ahlana Francine Trevisan

**FATORES ESTRESSORES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO:
VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE
CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Enf^ª. Ms. Mari Ângela Gaedke

Santa Cruz do Sul
2015

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2015

FATORES ESTRESSORES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO: VIVÊNCIAS
DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE

Ahlana Francine Trevisan

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Ms. Maristela Soares Rezende
Banca examinadora

Profª. Ms. Micila Pires Chielle
Banca examinadora

Profª. Enfª. Ms. Mari Ângela Gaedke
Orientadora

AGRADECIMENTO

Mais uma etapa de minha vida que estou concluindo, seria impossível chegar até aqui sem o apoio das pessoas que amo, às quais hoje agradeço.

Primeiramente agradeço a Deus por me conceder a vida e por estar sempre junto comigo, me mostrando o caminho certo a seguir.

Agradeço aos meus pais Dorlai e Lenio, pela oportunidade de ser o que sou hoje, por me guiarem sempre pelo caminho certo com muito amor e carinho. Obrigado pela pessoa que sou, por tudo que eu tenho, obrigada pelos ensinamentos, conselhos, os “nãos” necessários. Muito obrigada por estarem sempre ao meu lado, me dando força, pela paciência, por estarem presentes nos momentos bons e difíceis da vida. Serei eternamente grata por tudo. AMO MUITO VOCÊS.

Agradeço a todos da minha família. Pessoas que participaram da minha criação, sendo “culpados” pelo que sou hoje. Não podendo me esquecer do meu Avô Augusto (IM), muito deste trabalho dedico a VOCÊ, a minha Tia Nara (IM), pessoa maravilhosa que me faz muita falta, e à minha Avó Nair, que infelizmente não pude conhecer, mas sei que todos vocês estão torcendo por mim lá de cima. Muito obrigado a todos.

Agradeço ao meu namorado Ricardo, que durante estes 5 anos esteve sempre presente ao meu lado. Obrigado pelo carinho, pelo incentivo, pela compreensão em todos os momentos. Muito obrigado, eu te amo.

Agradeço à professora Mari Ângela, minha orientadora, pessoa fundamental para a realização deste trabalho, obrigada por além de orientar este estudo, me compreender no meio de tantos momentos novos, por ser essa pessoa inteligente, motivadora, incentivadora, obrigada por me entender e, muitas vezes, ser um ombro amigo para meus desabafos, angústias e alegrias, por partilhar de seu grande conhecimento. É um exemplo de pessoa e profissional. Admiro-te muito. **MUITO OBRIGADA POR TUDO!**

Agradeço a todos os professores, meus mestres. Muito obrigado pela sabedoria transmitida, pelos conselhos, pelo carinho, pela paciência. Aprendi muito com vocês, são exemplos de pessoas incríveis, às quais me espelho.

Agradeço as equipes da Instituição onde trabalho, além de colegas, vocês são minha segunda família, onde passamos muito tempo juntas. Muito obrigada por estarem sempre presentes, me ajudando nas angustias, nos meus medos, nas alegrias. Obrigada pela compreensão nos momentos difíceis.

Enfim, a todos, que de algum modo, direta ou indiretamente fizeram parte da minha caminhada e contribuíram para que eu chegasse a este momento tão especial, fica aqui o meu carinho e amor. Obrigada por tudo.

RESUMO

A assistência de enfermagem a pacientes em Morte Encefálica (ME) é caracterizada por inúmeras situações que a colocam como estressantes. Assim, esta pesquisa tem como objetivo geral identificar as estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem frente aos fatores estressores presentes no processo de captação de órgãos para transplante de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de ensino do Vale do Rio Pardo. Trata-se de descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em UTI, sendo que a amostra foi composta por 14 sujeitos. Foi utilizada a entrevista semiestruturada como método de coleta de dados e análise dos dados foi a análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Foram identificadas três principais categorias temáticas, sendo a primeira os fatores estressores no processo de captação de órgãos, e entre eles o contato com a família, o paciente jovem, a demora no processo de captação e a falta de treinamento. A segunda categoria foi a estratégia de enfrentamento, sendo que a estratégia encontrada entre os sujeitos foi a negação. E a terceira categoria foi o ambiente estressor: quem cuida do cuidador. Concluiu-se que apesar de que a equipe relate situações tidas como estressantes na assistência ao potencial doador de órgãos e tecidos, e reconheçam a unidade como um ambiente estressor, não se verificaram estratégias de enfrentamento, a não ser a negação da existência destes. Evidenciou-se assim, a necessidade que estes profissionais têm de apoio e acompanhamento psicológico para o enfrentamento de suas reações emocionais frente aos fatores estressores.

Descritores: Equipe de enfermagem, Morte Encefálica e Doação de Órgãos.

ABSTRACT

The nursing care to patients with Brain Death (BD) is characterized by a number of situations, which makes it stressful. Thus, this research has as general aim identify coping strategies of the nursing staff front stress factors present in the organ donation process for transplantation of an Intensive Care Unit (ICU) of a teaching hospital in Vale do Rio Pardo. It is descriptive and exploratory, with qualitative approach. The subjects were nurses and nursing technicians who work at ICU, and the survey was composed of 14 subjects. The semi-structured interview was used as data collection method and the data analysis was the content analysis in the form of thematic analysis. Three main themes have been identified, being the first, the stressors of the organ harvesting process and among them the contact with the family, the young patient, the delay in the harvesting process and the lack of training. The second category was the coping strategy, wherein the strategy found among subjects was the denial. The third category was the stressor atmosphere: who looks after the caretaker. The conclusion is that, despite the staff report stressful situations in the care of the potential donor of organs and tissues, and recognize the unit as a stressor atmosphere, coping strategies were observed, except the denial of their existence. The need for support and psychological counseling for those professionals was evident for coping with their emotional reactions front stressors.

Keywords: Nursing, Brain Death, Organ Donation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil tem instituído no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), sendo um dos poucos países no mundo que garante acesso universal a transplantes de órgãos e tecidos pelo sistema público de saúde.

Nos anos de 1960, ocorreram os primeiros transplantes de órgão e tecidos, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. O primeiro transplante de coração foi realizado no ano de 1968 em São Paulo. Já no ano de 1997, foi publicado a chamada Lei dos Transplantes, Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, com o objetivo de dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante (BRASIL, 2015).

Para que ocorra a captação de órgãos e tecidos é preciso que o doador esteja em Morte Encefálica (ME). Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, a ME é definida como a parada total e irreversível das funções encefálicas. Sendo que o diagnóstico se dá através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, determinados para cada faixa etária.

Os pacientes que evoluem para ME geralmente são vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Acidente Vascular Cerebral (AVC hemorrágico ou isquêmico), encefalopatia anóxica e tumor cerebral primário. Os profissionais de saúde que normalmente estão mais envolvidos na assistência direta a estes pacientes, é a enfermagem, que presta uma assistência direta e ininterrupta nas 24 horas do dia, sendo

o elo entre a família e a instituição hospitalar. Além disso, são estes, que mais tempo passam junto ao paciente e seus familiares (MOZACHI; SOUZA, 2010).

Normalmente o diagnóstico de ME acontece no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O processo de diagnóstico envolve exames clínicos e complementares, que refletem na ausência de reflexos a nível do tronco cerebral. Diante do diagnóstico de ME, o paciente passa a ser visto pela equipe como um potencial doador. A partir deste momento, inicia-se a abordagem familiar para a doação de órgãos (SANTOS; SOARES, 2014).

Este processo de captação de órgãos e tecidos será conduzido pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Esta comissão foi instituída desde 2005 pela Portaria nº 1752/GM2, que determina a constituição de uma CIHDOTT em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos (BRASIL, 2005). Esta comissão irá auxiliar na organização do processo de captação de órgãos e tecidos. Durante o período entre o diagnóstico de ME até a possível captação de órgãos e do aceite da família, o corpo necessitará de suporte ventilatório e hemodinâmico para proteção dos órgãos, até a captação (SANTOS; SOARES, 2014).

Dessa forma, a assistência de enfermagem a pacientes em ME é caracterizada por inúmeras situações que a colocam como estressantes. Estudos têm demonstrado que vários fatores da assistência a estes pacientes são desgastante, como dúvidas com a assistência ao potencial doador, medo da morte, ambiente estressante, entre outros (SOUZA et al., 2013).

Cabe ainda ressaltar que este momento é de grande fragilidade para os familiares, havendo a necessidade extrema de sensibilidade por parte da equipe para a realização da abordagem e obtenção do parecer positivo para a doação. A equipe de enfermagem traz em sua profissão o cuidado e, neste momento, não pode ser diferente. A relação estabelecida com a família do potencial doador necessita ser verdadeira a fim de que este possa sentir-se minimamente confortável.

Esta situação, na qual a equipe de enfermagem precisa saber lidar com a família e cuidar de uma pessoa com morte encefálica, muitas vezes pode gerar nos profissionais da área da saúde, sentimentos de sofrimento, angústia e insegurança, entre outros. Neste sentido, é importante saber como a equipe lida com o estresse gerado e quais estratégias são utilizadas para o enfrentamento desta situação.

Para Santos e Alves (2007), o estresse é compreendido como uma resposta não específica do organismo diante de qualquer situação que ameace o indivíduo, gerando uma necessidade de mobilização para enfrentar o agente causador do desequilíbrio biopsicossocial.

Diante deste contexto, pretendeu-se, com esta pesquisa, investigar as estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem frente aos fatores estressores presentes no processo de captação de órgãos para transplante de uma equipe de UTI.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem frente aos fatores estressores presentes no processo de captação de órgãos para transplante na UTI de um hospital universitário.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar quais são os fatores estressores vivenciados pela equipe de enfermagem no processo de captação de órgãos;
- Conhecer as estratégias de enfrentamento que a equipe de enfermagem utiliza ao prestar assistência ao paciente em ME.

3 JUSTIFICATIVA

Durante uma aula prática de disciplina curricular do curso de enfermagem na UTI, a pesquisadora teve a experiência de vivenciar um caso de ME, onde foi possível observar o quão estressante é para a equipe de enfermagem lidar com este paciente, pois este precisa de atenção redobrada, por ser um potencial doador de órgãos e tecidos. Este momento despertou um misto de sentimentos, pois se trata de um paciente “em óbito”, porém com características de um paciente “vivo”, que, ao olhar no monitor, veem-se os sinais vitais e ao tocá-lo sente-se a pele aquecida.

Os cuidados com o paciente em ME e potencial doador, são por diversas vezes desgastantes em virtude das várias alterações fisiológicas que podem ocorrer, principalmente quanto às condições hemodinâmicas, que, se não forem manejadas de forma rápida e efetiva, podem comprometer a manutenção e doação de um ou mais órgãos (SOUZA et al., 2013).

Diante do exposto, esta temática é de fundamental importância dentro do ambiente hospitalar e, sabendo-se da diversidade de opiniões que emergem quando este assunto é abordado entre os trabalhadores da área da saúde, acredita-se ser indispensável uma boa preparação do enfermeiro, e de sua equipe, em relação ao assunto.

Ao escolher este assunto, pretende-se identificar as situações estressoras enfrentadas pela equipe de enfermagem, bem como, a mesma, está preparada para lidar com estes fatores e quais as dificuldades encontradas por eles durante a manutenção do potencial doador de órgão e tecidos.

Sabe-se que lidar com a morte gera um grande estresse entre os indivíduos, dessa mesma forma ocorre com as equipes de saúde que atuam diretamente nas UTIs, pois estes estão diante de uma realidade cruel e difícil que se apresenta: a realidade da morte de um em detrimento da vida de outro (SOUZA et al., 2013).

Portanto, no momento em que se conhecem os resultados gerados pelos estressores no ambiente de trabalho, pode-se desenvolver estratégias que irão auxiliar a minimizar seus efeitos, podendo assim, tornar o cotidiano mais produtivo e menos desgastante para os profissionais envolvidos neste processo. Espera-se assim, contribuir

com informações que venham a criar espaços de discussão e compartilhamento de dificuldades nos ambientes de trabalho, os quais causam impacto direto na saúde mental dos trabalhadores.

4 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

4.1 Morte Encefálica

A morte é um fenômeno que sempre se fez presente na vida de todos, desta mesma forma gera medo e dificuldade de enfrentamento, também na equipe de enfermagem. Para falarmos da ME devemos ter conhecimento sobre sua definição, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, define ME como a parada total e irreversível das funções encefálicas de causa conhecida e constatada de modo indiscutível, através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempos variáveis, determinados para cada faixa etária.

Morte encefálica é a expressão utilizada para descrever uma condição na qual o encéfalo (cérebro mais tronco cerebral), após uma lesão grave perde a capacidade de comandar as funções do organismo. É caracterizado por um estado de destruição irreversível da função encefálica, determinada pela ausência da irrigação sanguínea (ASSIS, 2000, p. 86).

No Brasil, o diagnóstico de ME é definido pela resolução do CFM nº 1480/97, que determina o registro em prontuário, um termo de declaração de morte encefálica, descrevendo os elementos do exame neurológico que demonstram ausência dos reflexos do tronco cerebral, bem como, o relatório de um exame complementar (MOZACHI, 2010).

As principais causas que evoluem para ME são Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Acidente Vascular Cerebral (AVC hemorrágico ou isquêmico), encefalopatia anóxica e tumor cerebral primário (MOZACHI, 2010).

O diagnóstico de ME é determinado pelo exame clínico neurológico e de exames complementares. O exame clínico neurológico é feito a partir da ausência evidente de reflexos do tronco cerebral em um paciente em coma, excluída quaisquer causas reversíveis do mesmo, tais como: intoxicação exógena, uso terapêutico de barbitúricos, alterações metabólicas e hipotermia. Após o diagnóstico, o corpo deverá ser seguido de manutenção prolongada através de ventilação mecânica e outras medidas tendo em vista

a possibilidade de doação de órgãos (KNOBEL, 1998 apud GUETTI; MARQUES, 2008).

Para confirmação do diagnóstico de ME, é necessário que hajam duas avaliações clínicas com diferença mínima de seis horas para pacientes acima de dois anos, sendo que uma delas deve ser realizada por médico neurologista.

No quadro de ME, ocorre a ausência de reflexos de tronco encefálico, desta maneira são realizados alguns testes, sendo eles (KNOBEL, 1998 apud GUETTI; MARQUES, 2008):

- Fotomotor: com as pálpebras fechadas, abri-las e passar o feixe de luz em cada uma das pupilas. As pupilas devem estar fixas, sem resposta fotomotora;
- Córneo-palpebral: abrem-se as pálpebras e, com um objeto delicado (swab) é realizado um estímulo direto na córnea, na ME não ocorre o reflexo de fechar a pálpebra;
- Óculo-cefálico (olhos de boneca): abrindo forçadamente as pálpebras é realizada a movimentação da cabeça de um lado para o outro, observa-se ausência de movimentos oculares;
- Óculo-vestibular: com a cabeceira do leito elevado a 30°, é realizada a infusão de 50 ml de líquido frio no conduto auditivo externo, deve-se observar a ausência de movimentos oculares por um minuto.
- Traqueal: pode ser realizado através da aspiração da cânula orotraqueal ou traqueostomia, da fricção da traqueia ou da colocação de abaixador de língua na região posterior da língua, em nenhum deste ocorrerá reflexo de tosse ou náusea.
- Teste da apneia: o paciente é hiperoxigenado por 10 minutos com FiO₂ de 100%, coleta-se uma gasometria arterial, instala-se o oxímetro de pulso e retira-se o paciente da ventilação mecânica. O paciente deverá manter-se assim por 10 minutos, com observação rigorosa à beira de leito quanto a presença de movimentos respiratórios. Passados 10 minutos, coleta-se outra gasometria e conecta-se o paciente novamente no ventilador.

Os testes clínicos são obrigatórios quando há suspeita de ME, existem ainda alguns exames complementares, que são realizados para detectar a ausência de circulação intracraniana, ou a falência de atividade elétrica. Sendo estes exames (MARTINI et. al., 2008):

- Angiografia cerebral: o resultado deste exame deve mostrar a ausência do preenchimento arterial por 30 segundo, após injeção de contraste iodado;
- Cintilografia radioisotópica: por este exame observa-se a captação de imagens da ausência de fluxo sanguíneo acima do tronco encefálico;
- Doppler transcraniano: é realizado através de insonação de duas artérias intracranianas, onde se verifica a ausência de fluxo diastólico;
- Ressonância magnética: através deste, se verifica a ausência de produção de adenosina trifosfato, onde sugere que o fluxo está ausente;
- Eletroencefalograma (EEG): verifica-se a ausência de atividade elétrica durante 30 minutos;
- Potencial evocado auditivo de tronco encefálico: este exame constitui em um estímulo auditivo que é aplicado e sua atividade no tronco encefálico é obtida por técnicas eletroencefalográficas, onde estas ondas determinam a integridade ou não do tronco encefálico;
- Extração cerebral de oxigênio: é realizado pela monitorização de oximetria de bulbo jugular, onde se verifica a extração cerebral de oxigênio;
- Tomografia por emissão de pósitrons: é realizado através da monitorização das reações químicas do cérebro em tempo real.

Com tudo isto, deve-se deixar claro que a ME possui o mesmo conceito de morte, porém com o coração batendo através da introdução de tecnologias de suporte de vida por meio de aporte artificial, ventilatório e hemodinâmico (SANTOS; SOARES, 2014).

Ao ser estabelecida a suspeita de ME é entrado em contato com a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) do hospital e comunicado pelo médico, aos familiares, a suspeita do diagnóstico e esclarecimento aos mesmos sobre o que isto significa (CINQUE; BIANCHI, 2010).

No momento em que o paciente está com o diagnóstico concluído de morte encefálica e não possui nenhuma contra indicação médica que poderá representar risco para o potencial receptor, este é considerado um potencial doador de órgãos e tecidos (CINQUE; BIANCHI, 2010).

4.2 Sistema Nacional de Transplantes

Segundo Brasil (2014), o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), instituído pelo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, é responsável, no Brasil pelo controle e pelo monitoramento dos transplantes de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano, realizados. O SNT tem como atribuições ações de gestão política, promoção da doação, logística, credenciamento das equipes e hospitais para a realização de transplantes, definição do financiamento e elaboração de portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados. A ação do SNT se concentra na redução do tempo de espera dos pacientes na lista de transplantes e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que estão no aguardo pelo procedimento.

A SNT é composta pelos seguintes integrantes (BRASIL, 2014):

-Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT): é uma unidade com estrutura regimental do Ministério da Saúde para exercer as atividades de coordenação nacional do SNT. Sua responsabilidade é pela normatização e regulamentação dos procedimentos relativos à captação, alocação e distribuição de órgãos, pelo controle de atividades que se desenvolve no país nesta área, pelas demandas da sociedade, pela identificação e correção de falhas no seu funcionamento, pelo credenciamento de Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e Tecidos (CNCDOs) e pela autorização de estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo.

-A CNCDOs esta vinculada tecnicamente à CGSNT e administrativamente às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. É responsável em modo estadual pela coordenação das atividades de transplante, onde realiza as inscrições e as ordenações dos receptores, além de receber as notificações de potenciais doadores. Coordena a logística do processo de doação, desde o diagnóstico de morte encefálica e abordagem dos familiares, até a retirada e o transporte dos órgãos. Atualmente existem 27 CNCDOs credenciadas nas unidades da Federação.

-Central Nacional de Transplantes ajuda na articulação do trabalho das Centrais Estaduais e auxilia nos meios para as transferências de órgãos entre estados, prioriza as situações de urgência, assim como melhorar o aproveitamento dos órgãos captados. Sua atuação auxilia na diminuição do tempo em lista de espera.

- Organizações de Procura de Órgãos (OPOs): estão distribuídas por diversas regiões do País. Sua função é de coordenação supra-hospitalar, incluindo a organização e o

apoio às atividades relacionadas ao processo de doação, de captação e de efetivação da doação de órgãos e tecidos. Atualmente existem 70 OPOs distribuídas em 21 estados, e o objetivo é de que seja implantada ao menos uma OPO para cada dois milhões de habitantes.

- Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs) são comissões que se localizam no âmbito hospitalar com o propósito de ampliar qualitativa e quantitativamente a captação de órgãos, por meio de uma melhor organização do processo de captação, da identificação dos potenciais doadores, de uma abordagem mais adequada aos familiares e de uma melhor articulação do hospital com a respectiva CNCDO.

- Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE) e Câmaras Técnicas Nacionais (CTN), ambos participam do assessoramento da CGSNT. As Câmaras Técnicas são compostas por especialistas. Cabe ao GAE o assessoramento nos procedimentos relativos à formulação, revisão, atualização e aperfeiçoamento das normas relativas aos critérios de inclusão de pacientes candidatos a transplantes nas listas de espera, aos critérios de distribuição de órgãos, tecidos e células captados para transplantes e aos critérios de autorização, renovação e exclusão de autorização de estabelecimentos e equipes.

4.3 Processo de captação de órgãos e tecidos para transplante

Conforme a lei nº 10.211 de 23 de março de 2001, para ser um doador de órgãos não é necessário deixar um termo autorizando a doação. Atualmente, a autorização depende do cônjuge ou do parente mais próximo que seja maior de idade (BRASIL, 2001).

O enfermeiro é um elemento essencial no processo de doação, em razão da sua grande proximidade com o paciente, o que por muitas vezes também pode facilitar o reconhecimento da ME. É fundamental que o enfermeiro conheça os sinais clínicos, as principais alterações fisiológicas, as intervenções essenciais e a legislação vigente (MARTINI et al., 2008).

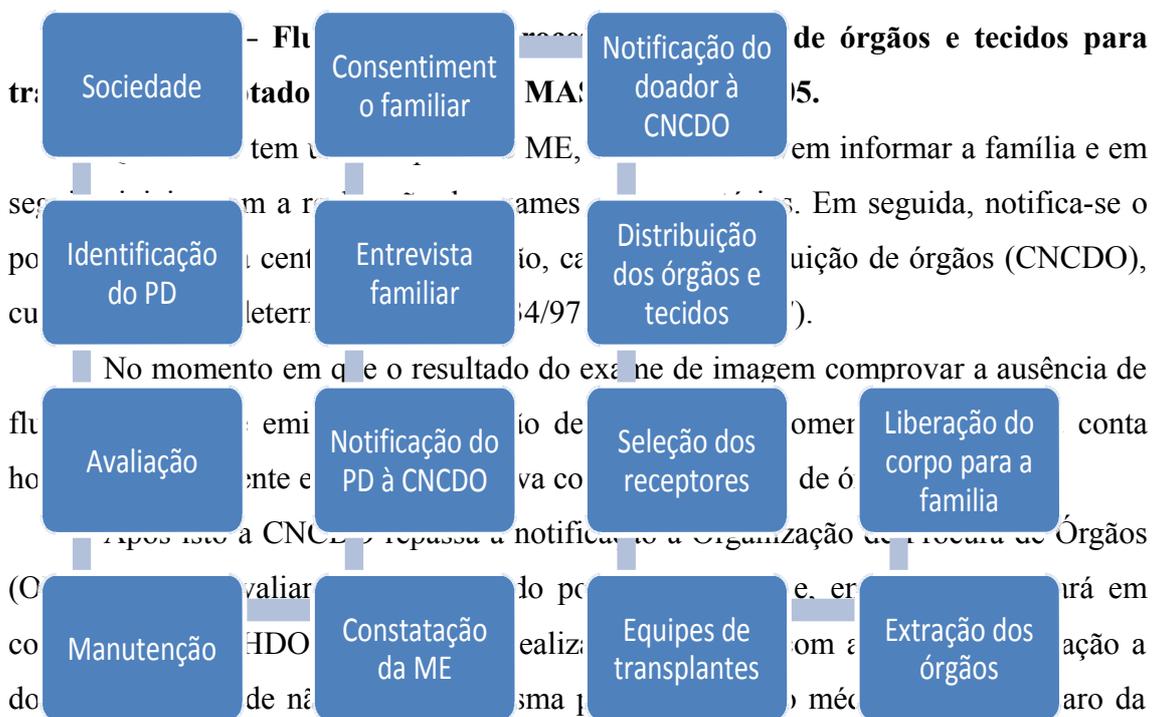
Quando se realiza a avaliação de um potencial doador, deve-se considerar algumas inexistências de contra-indicações clínicas e laboratoriais, não podendo ser doador (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007):

- Portadores de insuficiências renal, hepática, cardíaca, pulmonar, pancreática e medular, pois comprometem o órgão a ser doado;

- Portadores de doenças infectocontagiosas que por meio do transplante podem ser transmissíveis, como soropositivos para HIV, doença de Chagas, hepatites B e C. Devem ser realizadas o mais breve possível as sorologias para estas doenças;
- Casos com sepse ou insuficiências de múltiplos órgãos e sistemas;
- Portadores de neoplasias malignas.

O processo de doação é envolvido por várias etapas, iniciando pela identificação do paciente com ME e só será concluída com o transplante (figura 1). Porém para a família o processo já inicia na internação do paciente e só termina no sepultamento. Estas etapas podem levar de horas, até dias. Para os familiares a conclusão deste processo é muito demorada, tornando-o desgastante. Nota-se que por ser demorado desfavorece o número de doações (SANTOS; MASSAROLO, 2005).

Etapas do processo de doação:



Resolução CFM 1.826/07 e do Código de Ética Médica, tem autonomia para interromper os meios de manutenção artificial dos órgãos vitais utilizados até o momento da determinação da morte quando afirmada a impossibilidade de doação de órgãos. A suspensão desses recursos não é considerada eutanásia e nem qualquer espécie de delito contra a vida, pois se trata de paciente morto (MARTINS; PORTO, 2010).

Se ocorrer o aceite da família, inicia-se a abertura de um protocolo interno que contém diversos procedimentos técnicos e administrativos, sendo estes, os termos que a

família assina com a autorização para a doação, que são indispensáveis para ocorrer o processo de doação. Após a OPO avaliar, ela irá repassar a notificação à CNCDO que realizará a seleção dos receptores e, em seguida, indicando as equipes transplantadoras responsáveis pela retirada e implante dos órgãos. A CNCDO passa a informação à OPO de quais equipes de transplantes serão responsáveis, e estas, entram em contato com OPO para obter as informações específicas sobre o doador. A tomada de decisão para a utilização ou não de determinado órgão pertence a equipe de transplante (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Para a família, o corpo do morto tem a representação na memória da imagem da pessoa falecida. Quando ocorre o aceite para a doação, a família não percebe a retirada dos órgãos, conforme a Lei n 9.434/97, os familiares devem receber o corpo dignamente recomposto, de maneira a recuperar, o máximo possível sua aparência anterior (BRASIL, 1997b).

4.4 Assistência de enfermagem ao potencial doador

A ME pode causar no organismo, diversos efeitos deletérios, resultando em instabilidade cardiovascular. Neste sentido, é importante que se tenha um amplo conhecimento sobre as principais complicações, possibilitando o reconhecimento precoce. É responsabilidade de toda a equipe realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador (GUETTI; MARQUES, 2008).

Quando ocorre a ME, ocorrem mudanças com o cuidado e passam a existir outras prioridades, deixa-se de ter preocupação em manter a perfusão cerebral e passa-se a se preocupar em proteger outros órgãos, tendo como prioridade garantir o melhor suporte fisiológico (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Cabe ao enfermeiro orientar os profissionais da equipe de enfermagem envolvidos na assistência básica do potencial doador. Deve-se realizar o controle hídrico rigoroso, assim como das drogas vasoativas. Atentar para o paciente em uso de nitroprussiato de sódio, pois o gotejo deve ser controlado rigorosamente e a pressão monitorizada. Controlar a hiperglicemia. O paciente deve estar em monitorização eletrocardiográfica com o intuito de detectar arritmias. Controlar a temperatura, sendo que, para o aquecimento utilizam-se soluções aquecidas (37° - 38°C) e cobertores térmicos. A manutenção adequada da ventilação e oxigenação deve ser monitorada através de coleta de material para dosagem dos gases sanguíneos, e do controle dos

parâmetros do ventilador, para isso, deve-se ter conhecimento sobre o equilíbrio ácido-básico (MARTINI et. al., 2008).

Caso ocorra parada cardíaca, o enfermeiro juntamente com a equipe de enfermagem e médico deve iniciar as manobras de ressuscitação básica e avançada, pois se o paciente obtiver retorno à circulação espontânea ainda pode ocorrer o processo de captação de órgãos e tecidos (MARTINI et. al., 2008).

4.5 Estressores para a equipe de enfermagem no processo de captação de órgãos

Sabemos que existem nos hospitais, ambientes de trabalho que são considerados mais estressantes, que desta forma contribuem para um desgaste físico e mental do profissional. É nas Unidades de Terapia Intensiva que ocorre este maior desgaste devido as situações intensas, entre a vida e a morte, onde muitas vezes os profissionais não estão preparados para lidar com pacientes diante da ME (SOUZA et al., 2013).

Para Santos e Alves (2007), o estresse é compreendido como uma resposta não específica do organismo diante de qualquer situação que ameace o indivíduo, gerando uma necessidade de mobilização para enfrentar o agente causador do desequilíbrio biopsicossocial.

Entre todos os seres humanos que convivem com os sentimentos provocados pela morte, são os trabalhadores da área da saúde que se encontram mais suscetíveis, pois é no ambiente hospitalar que ela esta mais presente. As instituições investem cada vez mais na tecnologia para a reestruturação e manutenção dos pacientes críticos e quando ocorre morte, ela é vista como fracasso, derrota (HENNEZEL; LELOUP, 1999 apud PALÚ; LABRONICI; ALBINI, 2004).

Um estudo, envolvendo 14 profissionais da enfermagem de uma UTI de um Hospital Geral do Oeste Catarinense, onde internam pacientes politraumatizados e neurológicos, investigou situações de estresse vivenciadas pelos membros da equipe de enfermagem ao cuidar de um potencial doador de órgão e tecidos. O critério de escolha foi ter participado de pelo menos três processos de captação de órgãos. A partir das informações colhidas foram definidos dois grupos: ameaça e desafio (SOUZA et al., 2013).

Na ameaça foram citadas quatro situações: a identificação com a situação da pessoa em morte encefálica, onde o profissional se coloca no lugar do paciente; o medo da própria morte: ocorre quando o profissional se envolve muito com o paciente, investe toda sua

força na recuperação e se considera um fracasso quando isso não ocorre; as dúvidas em relação a morte encefálica: está sempre presente entre os profissionais que pode não ser real, como aceitar que aquela pessoa com o corpo quente, com batimentos cardíacos já não está mais entre nós. Ainda existe o mito do doador vivo; e a sensação de fracasso como profissional: sabemos que a enfermagem não tem foco na cura e sim na manutenção da vida, entretanto, muitos ainda têm certa resistência em encarar a morte como algo natural.

Já no desafio, o mesmo ocorre por falta de conhecimento sobre o assunto. A equipe de UTI deve estar sempre em constantes capacitações e atualizações para assim estar preparada para os desafios que podem ocorrer no cotidiano do seu trabalho (SOUZA et al., 2013).

Outro estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário do Sul do Brasil, com 19 membros da equipe, sendo 7 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem, traz os estresses vivenciados pelos funcionários. Os principais estressores citados pela equipe são o relacionamento interpessoal, a falta de equipamentos necessários para prestar a assistência, o barulho intenso caracterizado pelos sons de alarme dos aparelhos e até mesmo pelas conversas e circulação da equipe. As reações das famílias ao receberem a notícia, pois não sabem como a família irá se portar diante ao ocorrido (GUIDO, et al., 2009).

4.6 Estratégias de enfrentamento de fatores estressores

A equipe de enfermagem quase sempre atua em meio a riscos e condições desfavoráveis que influenciam diretamente na saúde física e mental e como consequência resultam em estresse e prejuízos ao trabalho. Essa condição acontece porque as atividades realizadas pelo enfermeiro demandam muita atenção e responsabilidade, fazendo com que os fatores psicossociais desencadeados pelas atividades desse profissional condicionem o aparecimento do estresse no trabalho (INOUE et al., 2013).

No ambiente hospitalar, devido ao convívio diário com a gravidade da doença, o sofrimento humano e a morte, a enfermagem é considerada como profissão altamente estressante se comparada as outras profissões da área da saúde, e isso é mais evidente em setores críticos como a UTI, em que a expectativa de melhora é constante dos pacientes graves, associada a complexidade assistencial, inerente a concentração

tecnológica avançada o que torna o ambiente e o trabalho nesse serviço ainda mais difícil e desgastante (SOUZA et al., 2013).

Quando se conhece os estresses gerados no ambiente de trabalho, podem-se desenvolver estratégias para minimizar seus efeitos, podendo assim, tornar o cotidiano mais produtivo e menos desgastante. Conforme a gravidade dos pacientes, pode-se observar as emoções da equipe de enfermagem.

Conforme a Teoria de Enfrentamento, existe oito estratégias de enfrentamento as quais as pessoas recorrem em situações de estresse, que são (LAZARUS, 1984 apud SOUZA, 2013):

- Coping Confrontativo: são esforços agressivos que alteram a situação e sugerem certo grau de risco;
- Distanciamento: são esforços de desprendimento e minimização da situação;
- Autocontrole: são esforços que regulam os próprios sentimentos e ações;
- Procura de Suporte Social: é a procura de suporte emocional;
- Aceitação da responsabilidade: é o reconhecimento do próprio papel no problema e a tentativa de recompor as coisas;
- Fuga-Evitamento: é os esforços comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema;
- Resolução Planejada: são os esforços que estão focados no problema para tentar alterar a situação;
- Reavaliação Positiva: são os esforços com foco na positividade, tendo em vista o crescimento pessoal.

No estudo realizado por Souza et al. (2013), os profissionais utilizaram estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção. Os dois tipos de estratégias encontradas focadas no problema para encarar o cuidado de um paciente com ME, como potencial doador foram: o cuidado de maneira competente e o buscar apoio em outras pessoas. Parte dos profissionais encara o cuidado aos pacientes com ME de forma técnica, realizando os procedimentos corretos, porém sem considerar o quadro em que a pessoa se encontra, isso mostra que a percepção indica a sua importância na participação do processo de doação, principalmente na manutenção do potencial doador. A outra estratégia citada foi a busca de apoio em outras pessoas, mostrando que sozinho não consegue dar conta de superar o estresse gerado e há necessidade de apoio

emocional. Outra estratégia foi a tentativa de fugir da realidade, referidas como “Fuga-evitamento”.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Segundo Leopardi (2002), metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade, por meio de estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos. Ocupa lugar central no interior da sociologia do conhecimento, uma vez que ela é parte intrínseca da visão social do mundo, veiculada na teoria. É o caminho que utilizamos para chegar à meta, representando a formalidade da pesquisa, indicando o plano a ser seguido.

Na presente pesquisa, foi aplicada a abordagem qualitativa dos dados, com caráter descritivo exploratório. Para Minayo (2007), o método qualitativo baseia-se na possibilidade de compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos, além da relação entre indivíduos, instituições e momentos sociais.

De acordo com Gil (2002), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Dentre as pesquisas descritivas, este mesmo autor salienta aquelas que têm como objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental.

Pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2002).

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital de Ensino, localizado no Vale do Rio Pardo. A instituição conta no momento com 234 leitos e cerca de 900 funcionários. A UTI desta entidade de ensino disponibiliza dez leitos para o atendimento de pacientes em idade adulta, sendo equipada com respiradores e outros aparelhos de última geração. Conta com plantão médico 24 horas, como também um enfermeiro e cinco técnicos de enfermagem por turno. Atualmente, são oito leitos para atendimento geral e dois destinados para pacientes cardíacos, uma vez que a instituição é referência para alta complexidade cardiovascular.

Esta instituição conta com a CIHDOTT, que gerencia o processo de captação de órgãos, detectando possíveis doadores de órgãos e tecidos, viabilizando o diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina. Realiza abordagens às famílias de potenciais doadores, esclarecendo sobre a possibilidade da doação de órgãos e tecidos, prestando-lhes apoio psicológico. A CIHDOTT articula-se com a Central de Transplantes do Estado do Rio Grande Sul e com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação. Desenvolve, ainda, ações educativas sobre o funcionamento do programa e a importância do gesto de doar, recebendo apoio institucional principalmente na capacitação de seus membros. Em 2012, foram notificados oito casos de morte encefálica, com quatro consentimentos familiares para doação de órgãos (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2014).

5.3 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram os técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam na UTI. Atualmente, a unidade conta com uma equipe de enfermagem composta por 4 enfermeiros, em torno de 20 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros assistenciais e 1 enfermeiro coordenador.

5.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para a constituição da amostra foram: atuar no setor no mínimo há um ano e ter participado pelo menos dois processos de captação, bem como o aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

5.5 Coleta de dados

Foi realizado contato prévio com a instituição para autorização da realização desta pesquisa e, posteriormente, houve contato com a coordenação do setor para agendamento da coleta de dados e, em seguida com os funcionários.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada durante o horário de trabalho dos funcionários. Para Manzini (2003), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual é confeccionado um roteiro com perguntas inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas. Dessa forma, o autor salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos.

As entrevistas foram conduzidas conforme o roteiro em anexo (APÊNDICE A), em sala reservada, conforme agendamento prévio com o entrevistado e a coordenação do setor, sendo gravadas pela pesquisadora e posteriormente transcritas na íntegra.

5.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados pelo método de análise de conteúdo, que segundo Leopardi et al. (2002) é um método de tratamento dos dados obtidos em textos ou gravações reduzidas a textos, como conjunto de técnicas de análise de comunicação. Possui como objetivo compreender os conteúdos manifestos ocultos, sendo que os dados podem ser organizados em unidades léxicas (palavras significativas) ou categorias (classe de dados determinadas por uma expressão ou palavra).

No método análise de conteúdo, existem várias modalidades, sendo que uma delas é a análise temática, tendo sido utilizada esta, por ser menos complexa e considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

Segundo Bardin (2000) citado por Minayo (2007), a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique alguma coisa para o objeto analítico visado. Esta análise se divide em três etapas, sendo elas:

- Pré-Análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. Trata-se de um período de intuições, com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias, dando direção ao desenvolvimento das fases seguintes, esta fase inclui a leitura flutuante e a preparação do material;
- Exploração do material: consiste essencialmente na operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto;
- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: faz-se o cálculo das frequências e percentagens, se necessário, ou outro tratamento estatístico; ou ainda determinam-se os temas e subtemas chegando às categorias de análise.

5.7 Considerações éticas

Este projeto de pesquisa, por envolver seres humanos, respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa que preconiza aspectos envolvendo estes. Primeiramente, este projeto foi encaminhado para a Secretaria de Ensino e Pesquisa do Hospital Santa Cruz para a solicitação de autorização deste estudo monográfico, por meio do formulário padrão disponibilizado pela instituição. Posteriormente, foi

submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sendo aprovado sob parecer nº 1.300.626.

Em respeito à ética aplicada na pesquisa em saúde, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) aos participantes da pesquisa, no momento da inserção no campo de estudo. Este teve por objetivo, resguardar a privacidade dos sujeitos, que tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa, além de poderem desistir a qualquer momento.

Para assegurar o anonimato dos profissionais da equipe de enfermagem, os mesmos tiveram seus nomes substituídos, respectivamente pela letra E e T, seguido de um número romano, sendo: T para Técnicos de Enfermagem e E para Enfermeiros.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados passaram pela análise de conteúdo, na modalidade de análise temática seguindo-se as etapas descritas anteriormente (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação), o que possibilitou a pesquisa um caráter organizado, facilitando a interpretação das informações coletadas.

Após a leitura exaustiva do material, realizaram-se recortes do texto e classificação das respostas. A partir daí foram identificadas três principais categorias temáticas, sendo elas: Fatores estressores no processo de captação de órgãos; Estratégia de enfrentamento: negação; e Ambiente estressor: quem cuida do cuidador?

Para maior clareza da apresentação dos resultados, apresenta-se primeiramente a caracterização dos sujeitos e após as categorias temáticas.

6.1 Caracterização dos sujeitos

Primeiramente realizou-se a caracterização da amostra, a qual esta descrita abaixo:

O total de sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão foram 15, sendo que apenas uma pessoa não aceitou participar da pesquisa. Desta forma, a amostra foi composta por 14 sujeitos, sendo 4 enfermeiras (representadas pela letra E) e 10 técnicos de enfermagem (representados pelas letras T).

Entre os enfermeiros, todos eram do sexo feminino, com média de idade de 36 anos, com variação entre 29 a 49 anos. O turno de trabalho variou entre manhã (1), tarde (2) e noite (1). O tempo de formação médio foi de 10 anos, com variação entre 2 a 25 anos e o tempo de atuação na UTI teve média de 4 anos, variando de 1 a 25 anos de trabalho.

Quanto aos técnicos de enfermagem, também houve predomínio de 100% do sexo feminino, com idade média de 35 anos, com variação de 25 a 47 anos. O turno de trabalho variou entre manhã (2) e noite (8). No turno da tarde, não houve entrevistados pelo fato da maioria dos funcionários serem novos e à que atendeu ao critério de inclusão não aceitou a gravação. O tempo de formação médio foi de 10 anos com variação de 4 a 17 anos e o tempo de atuação na UTI ficou com média de 7 anos com variação entre 3 a 22 anos de trabalho.

O fato de termos encontrado predominância do sexo feminino entre os sujeitos encontra respaldo na característica histórica da profissão ser predominantemente composta por mulheres, quando em 1854, Florence Nightingale e mais 38 irmãs participaram como voluntárias na Guerra da Criméia e organizaram um hospital de 4000 soldados internos. E também pela identificação da profissão com questões do gênero feminino, conforme apontam autores (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

Quanto ao tempo de atuação dos sujeitos verificou-se que a maioria atua a pouco no setor, o que pode ter limitado o aprofundamento dos objetivos da pesquisa, uma vez que os entrevistados tiveram poucas vivências de cuidado a indivíduos em ME. Este dado pode ser explicado em parte pela rotatividade de profissionais neste setor relatada pela gestora do mesmo. Pesquisas apontam que a rotatividade de profissionais em UTI é grande devido a sobrecarga de trabalho, ao estresse do ambiente e ao déficit de recursos humanos qualificados (OLIVEIRA; SPIRI, 2011).

Aprender a lidar com a morte e a perda é um processo contínuo que vai se construindo a partir de vivências reais. A experiência profissional expõe o enfermeiro a este contato, diminuindo assim as dificuldades em lidar com este assunto, porém muitos

enfermeiros ainda tem dificuldade na abordagem com o paciente terminal (SILVA; KISCHBAUM, 1998 apud COSTELLA; QUINTANA, 2004).

6.2 Categorias temáticas

6.2.1 Fatores estressores no processo de captação de órgãos

A partir da análise dos dados obtidos e atendendo aos objetivos desta pesquisa, emergiu a categoria fatores estressores no processo de captação de órgãos. Para fins desta análise, entende-se fator estressor como aquele que desencadeia uma série de manifestações e alterações emocionais, fisiológicas, cognitivas ou comportamentais no sujeito, caracterizando-se assim, como aquele que produz estresse (CINQUE; BIANCHI, 2010). Desta forma, ao analisar esta categoria, emergiram quatro subcategorias temáticas, sendo elas: o contato com a família, pacientes jovens, processo demorado e a falta de treinamento, as quais são abordadas a seguir.

6.2.1.1 Contato com a família

O principal fator estressor no processo de cuidado ao paciente em morte encefálica colocado por doze sujeitos foi ao contato com a família. Sendo apontada pela quase totalidade dos entrevistados. Em suas falas, observou-se que, o que gera estresse no contato com a família é vê-los chorando, falando sobre como era o contato com o paciente em ME e os questionamentos que a família faz à equipe, conforme exemplificado nas falas abaixo:

[...] a mãe falou várias coisas para ele, desde que ele era pequeno até aquele momento, às vezes ela tinha umas briguinhas com ele, no que deu para entender e ela pedindo desculpas e isso aí me marcou bastante, ela chorava e gritava “volta meu filho” isso foi uma coisa que me chocou bastante [...] (TI).

Durante o período que eu “tô” na UTI e assim que eu lembre é mais em relação a família, as dificuldades que eles tem em entender né, o processo e o que é a ME (EIII).

O que gera estresse é quando é dada a notícia pra família que o paciente evoluiu para ME e daí a família vai até o paciente e a gente vê pela a tristeza, pela negação deles em aceitarem e isso acaba gerando um estresse no ambiente (TII).

[...] difícil de lidar por ver o sofrimento da mãe chorando em cima do paciente e ela não aceitava e não compreendia que ele estava com morte cerebral já (TIX).

O objetivo da assistência de enfermagem à família, de acordo com Hudak e Gallo (1997), é atenuar o sofrimento desta e pode ser realizada através de simples medidas, como prestando informações corretas quanto ao estado do paciente, quanto aos procedimentos a serem realizados, manter horários de visitas mais flexíveis, disponibilizar informativos para que os familiares conheçam a rotina da unidade, salientando que as mesmas podem ser alteradas, evidenciar a importância de chorar e compartilhar medos e tristezas, são medidas simples, mas que para a família são grandes gestos de solidariedade frente a situação que se encontra o paciente.

Conforme Cavalcante et al. (2014), o contato com a família é um elo muito importante, mais do que informar sobre o estado do paciente potencial doador, é essencial que estejam disponíveis e abertos para perceber necessidades dos familiares, não apenas informando a condição real do paciente em ME, mas também para ajudá-los a compreender a realidade de como ela se apresenta. Desta forma, torna-se imprescindível o estabelecimento de vínculo entre a equipe de enfermagem e a família.

Na unidade pesquisada, a partir do momento em que está confirmada a ME, tem-se por rotina horários de visita mais flexíveis e maior número de visitantes. Isto demonstra que a equipe de enfermagem compreende a importância do contato da família com o paciente neste momento, apesar disto ser para a equipe um fator gerador de estresse.

Através dos relatos, pode-se também perceber como o contato com a família é gerador de estresse para a equipe, pois desperta emoções negativas como a tristeza, com isso, a equipe pode acabar evitando assim o contato direto com a esta.

A entrada de muitos familiares, acho que isso é um fator que mais estressa a gente por que quando tem uma ME geralmente é liberado um número maior de familiares (TIII).

[...] essa tia dela veio e internou com nós a noite e no outro dia ela teve piora para ME e ela entrou para visitá-la e aí sempre gera o estresse [...] (TI).

Eu acho que o que mais estressa a gente assim, é a família, é o contato com a família que a gente sempre tem, por que enquanto tu fica aqui dentro, “ta” aqui dentro e quando sai lá fora tu tem aquele contato com a família e isso que te deixa mais estressado (TX).

Segundo Palu et al. (2004), para a equipe de enfermagem este distanciamento é necessário a fim de evitar prejuízos nos aspectos psicológicos e emocionais. Já Cavalcante et al. (2014) traz que os sujeitos que se denominam distantes do contato com os familiares agem desta forma para se preservarem, para não expor sua vulnerabilidade humana devido à impossibilidade de reformular os sentimentos de tristeza e impotência naquele momento. Desta forma este distanciamento da família se dá mais por mecanismo de defesa, para não enfrentar os sentimentos que o vínculo pode gerar do que por falta de humanização no cuidado, como percebido no seguinte relato:

[...] a família com o paciente, aquela despedida deles, isso é um impacto muito grande pra gente, interfere na vida da gente, tu sabe que aquilo não tem mais volta, mas [...] (TVII).

[...] ela comentava com nós e falava que tava vendo que o xixi estava saindo no urokit, então pra ela vendo aquela situação toda pra ela ainda estava tudo bem e ele ia revertê, então assim foi o único eu acho que eu chorei, que eu tive que me retirar de perto por que me emocionou no sentido por ser mãe também (TIX).

Assim, foi possível identificar o quanto é difícil para os membros da equipe de enfermagem prestar o cuidado necessário à família do potencial doador, uma vez que esse é considerado uma das fontes de sofrimento.

Percebe-se que os profissionais da enfermagem necessitam de apoio para poder trabalhar com a família do paciente em ME, entretanto sabe-se que essa não é a realidade dos hospitais, conforma já citado em outras pesquisas.

6.2.1.2 Paciente Jovem

Outro fator estressor apontado por dez sujeitos é o fato do paciente em ME ser frequentemente jovem. Notou-se que muitos se colocam no lugar ou se sensibilizam por terem filhos da mesma idade do paciente em ME. Através das seguintes falas podemos perceber:

[...] eu fico muito sensibilizada, não que tu não fique com todos os pacientes, mas os jovens chamam mais atenção, até a família aceitar é triste (TIV).

[...] eu lembro de um guri, de um rapaz mais novo que foi vítima de arma de fogo e ele por ser mais novo pra mim foi mais difícil por que eu tenho um filho então foi um dos pacientes mais difíceis de lidar por ver o sofrimento da mãe chorando [...] (TIX).

[...] por ser um paciente jovem, isso acaba deixando a gente um pouquinho mais sensibilizada, mas frente assim a outros pacientes a gente acaba vendo assim como uma coisa normal (EII).

Nos relatos foi possível evidenciar que a situação das pessoas em ME pode gerar em alguns profissionais, a percepção da própria finitude, de que em questão de poucos segundos poderiam estar na mesma situação destes, uma vez que, muitos estão ali por um acidente repentino. Esta mesma percepção foi observada no estudo desenvolvido por Souza et al (2013), onde os sujeitos se colocam no lugar do paciente em ME.

Apesar de a morte fazer parte do ciclo evolutivo do ser humano, quando ocorre com pessoas jovens, pode ser interpretado como uma interrupção precoce deste ciclo,

causando na família e nos profissionais de saúde sentimentos de impotência, sofrimento e intensa dor. É natural que todos esperem que os mais velhos morram antes que os jovens, que os pais antes dos filhos (SOUZA et al., 2013).

Desta forma, mesmo que vivenciar o processo de morrer faça parte do cotidiano de uma UTI, ela dificilmente é encarada como natural e o processo de aceitação desta, passa por inúmeros fatores, desde crenças pessoais, ambiente cultural e vivências anteriores do profissional. Apesar de que a morte faça parte da vida como evento universal a qualquer indivíduo e em qualquer faixa etária, ela é como coloca Loureiro (2008, p. 855), "...a inominável, a famigerada, a horrenda - qualificativa bem ocidental - pode se apresentar sem pedir licença e sem se incomodar com o muito ou pouco tempo vivido por sua vítima".

6.2.1.3 Demora no processo de captação

Outro fator desencadeador de estresse citado pelos profissionais está ligado ao processo de captação de órgãos para transplantes, que é a demora. Como já relatado anteriormente o processo de doação e captação de órgão e tecidos é um processo que engloba diversas etapas, iniciando pela identificação do potencial doador até a liberação do corpo para a família, podendo levar de horas, até dias para a finalização do processo (CINQUE; BIANCHI, 2010).

A equipe de enfermagem traz em seus relatos que para os familiares este é um processo muito doloroso, demorado, desgastante, podendo até comprometer na efetivação da doação de órgãos e tecidos:

[...] esse processo eu acho que é muito demorado, deveria ser mais rápido, por que é um sofrimento pra família, tanto que já houve casos de familiares desistirem pela demora sabe, então eu acho isso estressante (TIX).

[...] a gente acaba absorvendo também isso aí né, por que pela tristeza deles [...] se vão aceitar doar; o que muitas vezes eles não aceitam por que demora bastante e a gente acaba absorvendo aquela parte, ai ficando triste ao mesmo tempo quando eles desistem por que outros familiares ficariam felizes da doação (TVIII).

Cinque e Bianchi (2010), mostram em seu estudo que após a identificação do paciente com ME e após o aceite da família para doação, inicia-se um protocolo interno que irá contemplar vários procedimentos técnicos e administrativos para a captação ou não dos órgãos. Por ser um processo complexo e demorado, provoca estresse tanto a família quanto aos profissionais que estão no cuidado deste paciente, podemos perceber na seguinte fala:

[...] a equipe que vem para capta demora muito pra chegar e isso é angustiante (TIV).

[...] é muito doloroso os familiares, a demora, a demora do pessoal da captação, além dos familiares estarem passando por um momento bem triste eles ainda precisam esperar e demora bastante (TVIII).

Neste mesmo estudo citado acima, os autores nos trazem que as duas principais fontes estressoras no cuidado de um potencial doador, é esperar até a liberação do corpo e o fato de ser um momento desgastante. Tendo estes pesquisadores encontrado uma prevalência destes estressores de 62,5% e 31,25% respectivamente. Valores estes muito próximos dos que encontrados nesta pesquisa, onde a metade dos sujeitos respondam o mesmo. Esta demora provoca grande sofrimento e estresse a família e a equipe de enfermagem, tornando-se uma situação angustiante e intensificando o estresse a cada momento que passa (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Quando ocorre a morte, que não a encefálica, o contato do profissional com o indivíduo e sua família, se encerra ali. Porém no caso de ME, o confronto do profissional com a morte é estendido, levando este a vivenciar desde a aceitação (ou não) da morte pela família até o luto desta. Desta forma, entende-se que a demora no processo de captação ser considerado um fator estressor é devido a este prolongamento do contato com a finitude da vida humana.

6.2.1.4 Falta de treinamento

Observou-se também, entre as falas dos sujeitos, o surgimento de outro fator que interfere na atuação para a manutenção do potencial doador de órgãos, que é a falta de treinamento para tal, conforme evidenciado nas falas abaixo:

Mais ou menos... teve reuniões, mas acho que precisa melhorar bastante esta parte, pra treinar mais os funcionários, muitas vezes a gente não sabe muito se portar na frente a ME, acho importante ter mais capacitações (TIII).

[...] tu não sabe o que precisa cuidar em um paciente que é doador, acho que seria bom uma capacitação (TVI).

A partir da possibilidade da manutenção de pacientes em ME para possível captação de órgãos e tecidos para transplante, ocorrido no Brasil pela primeira vez na década de 60 (BRASIL, 2015), a morte passou por uma mudança na forma de ser vista e a equipe de enfermagem passou por uma nova situação. Esses profissionais tiveram que se preparar para cuidar de um ser humano que teve sua morte constatada, mas que deveriam manter seus órgãos para doação, possibilitando salvar outras vidas. Passaram a viver com a vida e a morte e todas as implicações éticas, morais e legais envolvidas com o tema, com o intuito de manter a vida de outro ser humano (SOUZA et al., 2013).

Os profissionais da enfermagem que trabalham em UTI, que lidam diariamente com pacientes graves, devem estar continuamente participando de capacitações, treinamentos, estando assim preparados para cada situação que possa se apresentar em seu trabalho.

No caso da unidade pesquisada, foi possível verificar que os profissionais acabam preparando-se para lidar com os casos de ME, nas vivências in loco e na rede de apoio que se forma entre os mesmos, num processo de ajuda mútua, não tendo sido citada a existência de atividades de educação continuada sobre o tema.

[...] mesmo sem ter recebido nenhuma capacitação, pelo fato do tempo que a gente tá aqui dentro entendeu? então já me sinto preparada pelo tempo [...] (TVIII).

A gente tem é comentado bastante com nós e os enfermeiros, a gente troca bastante coisas com eles, mas eu não fiz nenhum treinamento (TIX).

Portanto, percebe-se necessidade de discutir e repensar como está a atuação dessa equipe de enfermagem com o intuito de aprimorar o cuidado do potencial doador, facilitando assim sua atuação no processo de captação de órgãos e tecidos.

6.2.2 Estratégia de Enfrentamento: negação

Pode-se perceber na análise dos dados que a grande maioria dos entrevistados citou haver algum fator gerador de estresse durante a assistência a pacientes em ME conforme abordado anteriormente. Porém, quando questionados sobre a existência de dificuldades na assistência a esses pacientes, a maioria, em torno de 70% dos sujeitos, negaram qualquer dificuldade, conforme exemplificado nas falas abaixo:

Nenhuma (TII).

Não (TIII).

Não tenho (TIV).

Não, por que a maioria dos nossos pacientes são sedados, já não interagem então é tranquilo, pra mim pelo menos é bem tranquilo (TV).

Não, é um paciente pra cuidar tranquilo (TVIII).

Observou-se também que ao negar dificuldades, os sujeitos, também negaram usar alguma estratégia de enfrentamento, o que acaba sendo controverso, uma vez que em outros momentos da entrevista citaram situações em que se confirma a existência de fatores gerados de estresse e falta de treinamento para manutenção do potencial doador. Assim, nos parece que a estratégia de enfrentamento utilizada pelos sujeitos, seja a negação de que estes fatores existam.

Negar é uma forma de não entrar em contato com as experiências dolorosas, deste modo, permite-se que viva em um mundo de fantasia, onde exista a ilusão da imortalidade (CASSARLA et al., 1991).

Para Gelain citado por Boemer et al. (1989), os trabalhadores da saúde não aceitam a morte por trabalharem em instituições de cura, onde a morte, se apresenta como uma possível derrota diante dos seus interesses. Ainda, Lunardi et al. (2001) diz que desde sua formação, o profissional da área da saúde sente-se compromissado com a vida, em sua formação acadêmica esta fundamentada na cura e é nela que esta sua maior gratificação. Diante disto, podemos ver que a negação surge como uma forma de defesa contra suas próprias fragilidades.

No trabalho escrito por Lima, Silva e Pereira (2009), expõe que uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros como forma de enfrentamento de situações estressantes no processo de captação de órgãos e tecidos, é cuidar do potencial doador como se ele não estivesse em ME. Neste sentido, o profissional busca não se envolver muito na prestação de serviços, mantendo certa distância, colocando uma “barreira” para continuar o cuidado sem que fique mais deprimido com a situação, o que pode ser observado pela fala abaixo:

O que eu mais faço é tentar não pensar na família, tentar pensar no paciente como outro lá fora daqui, o que eu mais faço é tentar pensar nele como que nem os outros assim, eu procuro não pensar no que esta acontecendo, acho que isso é uma forma da gente conseguir tratar de uma forma de igual para igual não pensando no problema dele, na ME (TIX).

6.2.3 Ambiente Estressor: quem cuida do cuidador?

Foi possível perceber também que os sujeitos consideram o ambiente da UTI “pesado” e desta forma, gerador de estresse. E, apesar de que os sujeitos tenham negado existirem dificuldades e utilizarem estratégias de enfrentamento, referiram-se ao ambiente da UTI como sendo estressor e colocaram a falta de apoio emocional para atuarem neste. Assim emergiu esta categoria analítica, conforme evidenciado nas falas seguintes:

[...] eu acho que às vezes a gente não para pra ter um olhar pra nós, o cuidador, a gente se envolve muito com a família e isso gera um certo desgaste por que são vários dias até o termino do processo [...] eu acho que seria bem importante com um outro olhar para nós (EIII).

[...] às vezes, a gente tá passando por uma fase não muito boa e, aqui dentro é um ambiente bem triste né, pesado, poderia passar uma ou duas vezes no ano por um acompanhamento psicológico (TVIII).

[...] tu sai daqui e não aguenta mais, então não só paciente em ME, é o ambiente da UTI que é pesado (TI).

As Unidades de Terapia Intensiva, na maioria das vezes, são consideradas como ambientes pesados, “frios”, onde se concentra uma grande atenção aos aspectos técnicos em detrimento as questões humanas (PALU et al., 2004). Sendo um ambiente, conforme Vargas e Braga (2010), onde as forças de vida e morte, humano e tecnológico, encontram-se em luta constante. Emergem assim inúmeras situações que podem desacomodar os profissionais dependendo do preparo deste para o enfrentamento destas.

Conforme coloca Guerrer e Bianchi citado por Padilha et al (2010) essas situações tidas como estressantes, levam o indivíduo a ter duas possibilidades de enfrentamento, sendo elas a ameaça ou desafio. A ameaça esta relacionada com as perdas e das consequências que esta poderá trazer no indivíduo. Já o desafio esta ligado a situações de estresse. Neste contexto, o sujeito avalia as possibilidades de enfrentamento disponíveis naquele momento e para aquela situação, sendo uma escolha individual. A escolha pode ou não ser eficaz, onde a pessoa resolve a situação de estresse sem suas manifestações no organismo ou no comportamento.

Segundo Pitta (1994, p.65), os trabalhadores da área da saúde, “[...] desenvolvem mecanismos de defesas estruturados socialmente que tendem a se tornar aspectos da realidade externa [...]”. Sendo que uma dessas defesas ao ambiente estressor e que já abordamos anteriormente, é o distanciamento e negação de sentimentos, onde estes têm de ser controlados, não devendo existir envolvimento e as identificações são evitadas. Costenaro e Lacerda (2002), colocam ainda que esse distanciamento é uma das consequências do uso da tecnologia, pois cria uma espécie de “barreira” entre o enfermeiro e o paciente.

Outro mecanismo de defesa é a fragmentação da relação técnico-paciente: onde quanto mais íntimo for o relacionamento com o paciente, mais o trabalhador está exposto a experimentar a angústia, por isso a iniciativa na direção de parcelar as tarefas, reduzindo o tempo de contato com o doente e a família (PITTA, 1994), o que já

abordamos em outra categoria. Podemos evidenciar alguns exemplos nas seguintes falas:

[...] a gente precisa reagir de forma profissional né, de forma dura, não pode demonstrar para a família, mas no fundo teu sentimento é como se tivesse vivenciando do outro lado (TIV).

Muitas vezes a equipe de enfermagem por supervalorizar as habilidades técnicas e afastar a possibilidade da morte, pode fazer surgir sentimentos de onipotência, interferindo no relacionamento com o paciente. Isso porque, pela própria natureza da profissão o enfermeiro corre o risco de sentir uma ansiedade incontrolável, apresentando um distanciamento emocional no atendimento a estes pacientes. Além disso, a maioria dos profissionais de enfermagem não recebe nenhum preparo psicológico para o sofrimento, para a morte, para a perda, sendo que é neste ponto que percebemos o desafio da enfermagem em prestar cuidados paliativos a estes pacientes (FERREIRA; CAMPONOGARA, 2001). Podemos observar nos relatos abaixo:

[...] mas seria bom, a gente trabalha num ambiente com muita morte, infelizmente mas é um ambiente muito “ããããã”, que nem a gente disse assim, não é pelo fato do paciente, a gente se sensibiliza com os familiares, a gente também tem família, tem mãe, tem pai, tem filho, tem tio, tem avô né, e eu acho que isso é o mais difícil e principalmente quando vem os jovens, que a maioria das vezes é acidente ou uma coisa assim mais trágica, a gente também se envolve e se sensibiliza com a história, não que seja dificuldade de cuidar do paciente, a dificuldade é em como tu vai chegar no familiar pra dar um apoio né, eu acho que isso falta o hospital dar pra gente, um apoio de cuca (TV).

Não recebemos, não tem aquele acompanhamento que deveria de ter com o funcionário sabe, que eu acho que seria bem importante nesse caso, mas não tem (TX).

A enfermagem é uma profissão que vem conquistando seu espaço na sociedade, o que tem induzido a reflexões sobre as diversas formas de atuação, inclusive frente aos

pacientes em ME. Constatou-se que “[...] tanto os enfermeiros como os demais exercentes da enfermagem são gente que cuida de gente e, como tal, necessitam de cuidados” (COSTENARO; LACERDA, 2002, p. 47). Para as mesmas autoras, os membros da equipe de enfermagem deveriam contar com uma assistência psicológica para melhorar suas condutas e relacionamentos, aumentando o companheirismo, coleguismos, evitando a sobrecarga e diminuindo o estresse no ambiente de trabalho.

Em Fischer e Silva (2003), vemos também a defesa da ideia de que existe a necessidade de um acompanhamento psicológico para os trabalhadores de enfermagem que atuam com pacientes graves, como podemos ver na citação a seguir:

Há necessidade da enfermeira equilibrar suas emoções diante do paciente e seus familiares. O que percebemos é que existe uma necessidade real de que a enfermeira receba também apoio psicológico que a ajude a compreender suas reações emocionais e amadurecer a assistência de enfermagem aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas (FISCHER e SILVA, 2003, p. 25).

A vida e a morte são dois extremos, dois opostos, dois fenômenos com os quais a equipe de enfermagem se depara todos os dias, porém, lutam sempre pela manutenção da vida, mas, no caso dos pacientes com ME, mesmo diante da morte a enfermagem luta pela vida, essa representada pela manutenção dos órgãos e tecidos (GUIDO et al., 2009).

Sabe-se que os cuidados prestados ao potencial doador de órgãos e tecidos são desgastantes em virtude das diversas variações fisiológicas que podem ocorrer principalmente às condições hemodinâmicas, que se não forem manejadas de forma rápida e efetiva podem comprometer a manutenção e doação de um ou mais órgãos. Com isso, os membros da equipe de enfermagem sofrem com esta situação e precisam mobilizar estratégias para facilitar o enfrentamento das situações estressante que podem surgir ao longo do trabalho (SOUZA et al., 2013).

Assim, o trabalho em UTI, mais do que em muitos outros setores, os profissionais vivenciam emoções negativas, como a tristeza, conforme os sujeitos relataram, e ninguém fica “inerte ou imune” a estas situações, pois fazem parte do cotidiano. O confronto com a morte pode fazer com que surja ou não o sofrimento no trabalhador pela tristeza gerada, o que vai depender do significado que este dará ao fato (vivência no processo de morrer), a forma como ele vai lidar com esta emoção. E para lidar com estas emoções negativas há que buscar auxílio e apoio.

O ambiente da UTI vem sendo apontado por outros estudos, como fonte geradora de sofrimento no trabalho, o que pode vir a contribuir ao desenvolvimento da chamada Síndrome de Burnout, hoje considerada como um grande problema psicossocial da atualidade nas instituições de saúde. (SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012).

A síndrome de Burnout é uma tensão emocional crônica que é motivada pelo contato direto com outros seres humanos quando estes estão preocupados ou com problemas. Esta síndrome é constituída por três componentes, sendo elas: a exaustão emocional, a despersonalização, e a realização profissional (MASLACH; JACKSON, 1981 apud MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Em uma pesquisa realizada em dois hospitais de Mato Grosso, com 141 sujeitos, sendo estes, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros, a maioria apresentou altos níveis de Burnout (FRANÇA; FERRARI, 2012).

Por fim, acredita-se que, se os profissionais de enfermagem tivessem um apoio de profissionais especializados quanto ao enfrentamento destas situações, haveria melhor preparo, tanto para atender a família, quanto ao paciente em ME.

6.3 Limitações

As principais limitações encontradas neste estudo foram os horários disponibilizados para a realização das entrevistas. A UTI, por ser um local com muitas intercorrências, muitas vezes ao chegar no horário combinado para a coleta, a equipe estava atendendo alguma ocorrência, de forma que solicitavam para retornar outro dia. Também, a falta de um local adequado para a realização das entrevistas, acredita-se que possa ter influenciado para a privacidade que o momento exigia. Pois não era uma sala onde pesquisadora e entrevistado ficassem sozinhos, haviam em alguns momentos circulação no local.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre a dor da perda de seres humanos é uma tarefa muito difícil, até mesmo para as pessoas que trabalham em instituições de saúde. Neste sentido, o presente estudo apresentou como principais resultados a identificação do estresse vivenciado pela equipe de enfermagem durante o processo de captação de órgãos e tecidos e também sobre como estes enfrentam os fatores geradores de estresse.

A partir dos dados obtidos, percebeu-se o sofrimento que a equipe de enfermagem que atua com o paciente em ME tem vivenciado durante o cuidado destes. Estes profissionais passam pelos mais diversos sentimentos, desde a alegria até a tristeza, sendo esta diversificação de sentimentos um fator gerador de estresse. Portanto, isso gera certa preocupação, pois estão diante da morte de um para proporcionar vida a outro paciente.

Fica evidente que não se pode falar sobre a morte, sem falar na vida, assim como, falar na enfermagem e não falar no cuidado. Os trabalhadores realizam suas tarefas, com muita emoção, ou seja, lidam diariamente com os dois opostos já citados, e muitas vezes não estão ou não se sentem preparados para lidar com a morte, podendo encarar essa, como um fracasso. Mas ao mesmo tempo, percebeu-se que a equipe de enfermagem percebe a nobreza da doação e quanto o seu cuidado irá favorecer uma outra vida, o que parece amenizar o sofrimento ao cuidar do indivíduo em ME.

Ao iniciar a exploração do material, pensou-se em separar a análise conforme a categoria profissional, sendo uma composta pelas enfermeiras e a outra, pelas técnicas de enfermagem, porém como a amostra das enfermeiras foi pequena e também pelo fato que as respostas estarem muito similares, optou-se em unificar a análise. Pode-se assim perceber que os fatores estressores foram os mesmos para ambas categorias profissionais.

Evidenciou-se que os profissionais precisam de apoio para enfrentar estas situações que estão presentes em seu cotidiano de trabalho. Como sabemos, muitas vezes não existe possibilidade de eliminar o estresse do ambiente de trabalho, porém existem estratégias que podem auxiliar na redução do dano emocional daqueles que atuam com pacientes em ME.

A partir do momento em que se identifica um potencial doador de órgãos e tecidos, a família passa a receber apoio do serviço social e da psicologia, sendo que este

visa amenizar o sofrimento e auxiliar no enfrentamento da perda. Porém a equipe de enfermagem envolvida no processo, que também precisa dar o apoio a esta família, encontra-se muitas vezes carente de apoio. Percebe-se assim, que a equipe de enfermagem, ao reconhecer o contato da família como principal fator estressor, pode estar comprometendo a assistência prestada a estes, podendo vir a utilizar o distanciamento como uma maneira de se preservar.

Os fatores estressores mencionados na análise estão presentes no dia a dia dos profissionais da saúde e continuarão a existir, porém, observou-se que parece não existir atividades permanentes de apoio psicológico à equipe que atua na UTI, percebendo-se assim, que existe a falta do cuidado para aqueles que cuidam.

Outro fato percebido, em relação ao sofrimento dos profissionais está em relação a aceitação da morte como um fato natural do ciclo da vida humana, principalmente quando ocorre em jovens. Na verdade, a aceitação da morte não é fácil apenas para profissionais da saúde, mas para qualquer indivíduo. Na formação profissional, tanto de enfermeiros quanto de técnicos de enfermagem, aprende-se a lidar com a vida e quando se deparam com a morte, ela pode ser vista como um fracasso ou insucesso do seu trabalho, gerando assim sofrimento mental.

Ainda, observou-se que a equipe relata não existir dificuldades na assistência ao paciente em ME e que também não utilizam nenhuma estratégia de enfrentamento, porém relatam situações que geram estresse e sentem a falta de apoio institucional, sendo assim a negação parece ser utilizada para enfrentar os fatores existentes.

Desta forma, podemos considerar que mais pesquisas sobre este tema podem contribuir e auxiliar nas reflexões sobre a saúde do trabalhador da saúde, que em meio a sociedade atual, ainda é pouco discutida, acerca da questão de quem cuida do cuidador? Diante disto, sugere-se uma melhora na qualidade do trabalho em enfermagem com ações permanentes de escuta às equipes quanto às suas necessidades de apoio psicológico, o que pode vir a ser feito em conjunto com o serviço de psicologia.

Durante a realização das entrevistas emergiram sentimentos, sensações e anseios, que pela técnica de pesquisa utilizada, não são percebidos na transcrição dos dados coletados. Ao realizar as entrevistas pode-se perceber através da comunicação não verbal que os profissionais da enfermagem apresentaram diversas expressões faciais ao relembra-rem as diferentes situações vivenciadas. Expressões de angústia, tristeza, choro, entre outros. Ficou expressamente claro a falta de apoio psicológico e o quanto isso faz falta para eles.

Posso dizer que esta pesquisa contribuiu muito para o crescimento pessoal e profissional da pesquisadora. A partir da aproximação com os profissionais da enfermagem, pode-se refletir não só quanto à vida, mas principalmente quanto à morte, como anteriormente dito, durante a graduação pouco, ou nada, fala-se a respeito.

Portanto, ao se conhecer os resultados gerados pelos estressores no ambiente de trabalho espera-se ter contribuído com informações que venham a criar espaços de discussão e compartilhamento de dificuldades no ambiente de trabalho que podem vir a ter impacto direto na saúde mental dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ASSIS NETO, Francisco. **Esperando um coração: Doação de órgãos e transplantes no Brasil**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL, 2000.
- BOEMER, M. R. et al. **A ideia da morte em unidade de terapia intensiva – análise de depoimentos**. Revista Gaúcha de enfermagem. Porto Alegre, v. 10, n. 2. P. 8-14, 1989.
- BRASIL. **Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm>. Acesso em 29 Mar. 2015.

_____. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9434.htm>. Acesso em 29 Mar. 2015.

_____. **Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm>. Acesso em: 22 abr. 2015.

_____. Ministério da saúde. **O Sistema Nacional de Transplantes.** 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/transplantes-old/noticias-transplantes/8302-o-sistema-nacional-de-transplante>>. Acesso em 27 mar. 2015.

_____. Ministério da saúde. **Sistema Nacional de Transplantes.** 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/969-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/snt-2/snt-2-linha-1/13426-sobre-o-sistema-nacional-de-transplantes>> Acesso em 27 mar. 2015.

_____. Portal da Saúde. **Histórico dos transplantes no Brasil.** 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13280&Itemid=746>. Acesso em 13 abr. 2015.

_____. **Portaria GM/MS nº 1752, de 23 de setembro de 2005.** Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1752.pdf>. Acesso em 13 abr. 2015.

_____. **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480, de 8 de agosto de 1997.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em 20 Abr. 2015.

CASSARLA, M. S. (Org). **Da morte: estudos brasileiros.** Campinas: Papyrus, 1991.

CAVALCANTE, L. P. et al. **Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.** *Acta paul. enferm.* vol.27 no. 6 São Paulo Nov./Dec. 2014.

CINQUE, Valdir Moreira and BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.** *Rev. esc. enferm. USP.* 2010, vol.44, n.4, pp. 996-1002.

COSTELLA, S.; QUINTANA, A. M. **O estudante do curso de Enfermagem e o paciente terminal: uma relação.** V. 29 - n°. 01 – 2004.

COSTENARO, R.S.; LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

FERREIRA, C. L. de L.; CAMPONOGARA, S. **Interação equipe de enfermagem – paciente terminal: uma análise reflexiva.** In: COSTENARO, R. G. S. *Cuidando em Enfermagem: pesquisas e reflexões.* Rio Grande do Sul: Série Enfermagem – UNIFRA, 2001.

FISCHER, E.S.; SILVA, M.J.P. **Reações emocionais da enfermeira no atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas.** *Revista Nursing,* São Paulo, n.6, p. 25-30, nov, 2003, v.66.

FRANÇA, Flávia Maria; FERRARI, Rogério. **Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem.** *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5):743-8.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GUETTI, Nancy Ramos and MARQUES, Isaac Rosa. **Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica.** *Rev. bras. enferm.* 2008, vol.61, n.1, pp. 91-97

GUIDO, Laura de Azevedo et al. **Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009, vol.17, n.6, pp. 1023-1029.

HSC. Desenvolvido pelo Hospital Santa Cruz. 1908-2014. **Apresenta informações gerais sobre a instituição.** Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br/infraestrutura/uti-adulto/>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1997. 1013 p.

INOUE, Kelly Cristina et al. **Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico**. *Rev. bras. enferm.* 2013, vol.66, n.5, pp. 722-729.

JAQUECS MG, CODO W. Saúde mental e trabalho. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed., rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2002. 344 p.

Lima, AAF., Silva, MJP., Pereira, LL. L. **Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante**. Nº 15. Fev. 2009.

LOUREIRO, A. M. L. **A batuta da morte a orquestrar a vida**. *Interface Comun Saúde Educ.* 2008, vol.12, n.27, pp. 853-862. ISSN 1807-5762.

LUNARDI, W. D. et al. **Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte**. *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 60-81. 2001.

MARTINI, Márcia et al. **O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano VI, nº 18. 2008.

MARTINS, Gerson Zafalon e PORTO, Dora. **Morte encefálica em não doador: quando desligar os aparelhos?** *Revista Bioética*, 2010.

MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada**. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) *Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial*. Londrina:eduel, 2003.

MENEGHINI, Fernanda; PAZ, Adriana Aparecida; LAUTERT, Liana. **Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 225-33.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MOZACHI, N.; de SOUZA. V. H. S. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. 3 ed. Curitiba: Manual Real Ltda; 2010.

OLIVEIRA, Elaine Machado de and SPIRI, Wilza Carla. **Dimensão pessoal do processo de trabalho para enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2011, vol.24, n.4, pp. 550-555. ISSN 0103-2100.

PADILHA, Katia Grillo (Org.). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico.** 1. ed. Barueri: ABEn-SP, 2010. xli, 1446 p.

PADILHA, M.I.C.S, VAGHETTI, H.H., BRODERSEN, G. **Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva.** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006.

PALU L.A., LABRONCINI L.M., ALBINI L. **A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva.** *Cogitare Enferm.* 2004; 9(1):33-41.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício.** 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 198 p. (Saúde em debate. Série saúdeloucura (textos) 2 ; 34) ISBN 85-271-0137-8

RECH, Tatiana H. e RODRIGUES FILHO, Édison M. **Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos.** RBTI – Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2007; 19(2): 197-204.

SANTOS A.F., ALVES JUNIOR A. **Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrados de ciências da saúde.** *Psicol Reflex Crít.* 2007.

SANTOS, Márcio Neres dos; SOARES, Odon Melo (Org.). **Urgência e emergência na prática de enfermagem.** 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2014. 2 v.

SANTOS M. J., MASSAROLO M.C.K.B. **Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005.

SILVA JLL, DIAS AC, TEIXEIRA LR. **Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem.** *Aquichan* 2012; 12(2): 144-59. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000200006&script=sci_arttext.

SOUZA, Silvia Silva et al. **Situações de estresse vivenciadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos.** Rio de Janeiro. 2013.

VARGAS, Divani; BRAGA, Ana Lúcia. **O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel.** 2010.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Questões norteadoras:

- 1) Durante a sua vivência na assistência à pacientes em morte encefálica em processo de captação de órgãos, quais as situações que mais lhe marcaram? Como você reagiu a elas?
- 2) Você identifica algum fator que seja gerador de estresse na assistência ao paciente em morte encefálica? Quais são estes fatores?
- 3) Você encontra alguma dificuldade em cuidar de pacientes em morte encefálica? Quais são estas dificuldades?
- 4) O que você faz para enfrentar estes fatores estressores/dificuldades?
- 5) Você recebeu alguma vez orientação e/ou capacitação no seu ambiente de trabalho sobre a assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos? Qual(is) foi(ram)?
- 6) Você se sente preparado para cuidar de potenciais doadores de órgãos?
- 7) Você recebe apoio psicológico? Ou sente necessidade de apoio?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fatores estressores e estratégias de enfrentamento: vivências de uma equipe de enfermagem no processo de captação de órgãos para transplante.

O processo de captação e doação de órgãos e tecidos é longo e por muitas vezes a assistência de enfermagem a pacientes em Morte Encefálica (ME) é caracterizada por diversas situações que a colocam como estressantes, como dúvidas com a assistência ao potencial doador, medo da morte, ambiente estressante, entre outros.

Diante a este fato, tem-se por objetivo identificar as estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem frente aos fatores estressores presentes no processo de captação de órgãos para transplante de uma equipe de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário.

A relevância deste estudo para a enfermagem é a compreensão das situações estressoras enfrentadas pela equipe, de forma a reunir informações que possam servir de base para reflexões sobre a forma que estas vêm sendo preparadas pra lidar com estas situações durante o processo de captação de órgãos. Assim, espera-se contribuir com informações que venham a criar espaços de discussão e compartilhamento de dificuldades nos ambientes de trabalho que causam impacto direto na saúde mental dos trabalhadores.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof^a. Enf^a Ms. Mari Ângela Gaedke (Fone: (51) 9983-5673), e a pesquisadora assistente Ahlana Francine Trevisan (Fone: (51) 9737-6802).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717-7680.

Data ___ / ___ / ____.

Nome e assinatura do responsável pela
obtenção do consentimento.

Nome e assinatura do Voluntário