

Deficiências em la atención al potencial donante de órganos: la percepción de los enfermeros

Israel Ferreira da Costa¹, José Jeová Mourão Netto², Maria da Conceição Coelho Brito³, Natália Frota Goyanna⁴, Taciane Correia dos Santos⁵, Samara de Sena Santos⁶

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo conocer la percepción de los enfermeros sobre las deficiencias en la atención al potencial donante de órganos. Se trata de estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo, con la participación de ocho enfermeros de un hospital de referencia. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y los resultados fueron analizados siguiendo la técnica de análisis del discurso. Emergieron dos categorías: “percepción de los enfermeros sobre el trabajo con potenciales donantes de órganos” y “deficiencias en la atención a los posibles donantes”. Fue identificada actuación limitada en el ámbito de la organización de búsqueda de órganos. Los obstáculos están relacionados con los recursos humanos y financieros, la negativa de la familia, los prolongados tiempos de espera de resultados de exámenes y problemas estructurales. Por lo tanto, el trabajo de este grupo se limita a acciones asistenciales, en detrimento de las de gestión. Los profesionales perciben las deficiencias y temen una interferencia negativa. Es necesario invertir en la estructura y en la formación permanente para que esto se refleje en una mejor atención al donante potencial y a su familia.

Palabras clave: Obtención de tejidos y órganos. Muerte encefálica. Enfermería.

Resumo

Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros

Objetivou-se conhecer a percepção de enfermeiros sobre fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos. Trata-se de estudo exploratório-descriptivo, com abordagem qualitativa, envolvendo oito enfermeiros de hospital de referência. Entrevista semiestruturada foi utilizada e os resultados foram analisados conforme a técnica de análise do discurso. Emergiram duas categorias: “percepção dos enfermeiros sobre o trabalho com potenciais doadores de órgãos” e “fragilidades na atenção aos potenciais doadores”. Verificou-se atuação limitada no âmbito da organização de procura de órgãos. Entraves envolvem recursos humanos e financeiros, recusa familiar, elevado tempo de espera por exames e problemas estruturais. Assim, o trabalho nesta comissão está limitado a ações assistenciais, em detrimento das gerenciais. Os profissionais percebem fragilidades e temem interferência negativa. Há que se investir em estrutura e educação permanente para que isso se reflita em melhor atenção ao potencial doador e sua família.

Palavras-chave: Obtenção de tecidos e órgãos. Morte encefálica. Enfermagem.

Abstract

Weaknesses in the care for potential organ donors: the perception of nurses

This study aimed to get to know the perception of nurses about weaknesses in the care for potential organ donors. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, involving eight nurses from a reference hospital. It used semi-structured interviews and the results were analyzed according to discourse analysis. Two categories emerged: “perception of nurses on working with potential organ donors” and “weaknesses in the care for potential donors”. There is a limited role of the organ procurement organization. The barriers involve human and financial resources, family refusal, long wait for test results and structural problems. The work of this committee is limited to health care activities, in detriment of management. The professionals perceive weaknesses and fear negative repercussions. One must invest in structure and continuing education for this to be reflected in better care to potential donors and their family.

Keywords: Tissue and organ procurement. Brain death. Nursing.

Aprovação CEP-HRN 1.058.814

1. **Especialista** israelfecosta@hotmail.com – Hospital Regional Norte (HRN) 2. **Mestre** jeovamourao@yahoo.com.br – Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP), Fortaleza/CE 3. **Mestre** marycey@hotmail.com – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral/CE 4. **Mestranda** nataliagoyanna@yahoo.com.br – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza/CE 5. **Graduada** taciane00@hotmail.com – HRN 6. **Especialista** samara_ph@hotmail.com – HRN, Sobral/CE, Brasil.

Correspondência

José J. M. Netto – Av. Margarida Moura 1.114, Jerônimo de Medeiros Prado CEP 62044-240. Sobral/CE, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La muerte encefálica (ME) corresponde al detenimiento total e irreversible de las funciones cerebrales. Entre las causas más comunes están el traumatismo cráneo-encefálico, relacionado con accidentes automovilísticos o agresiones; accidentes cerebro-vasculares hemorrágicos; ruptura de aneurisma; lesión difusa del cerebro después de un paro cardiorrespiratorio revertido; grandes lesiones isquémicas; y, en menor número, tumores cerebrales, edema cerebral, meningoencefalitis y encefalitis fulminantes¹. El enfermero desempeña un papel destacado en el cuidado en el ámbito hospitalario, y una importante faceta de ese cuidado es la atención ofrecida al paciente [excluimos el término “cliente” empleado por los autores] en la muerte encefálica en el contexto del mantenimiento de los potenciales donantes de órganos y tejidos, de forma tal que en este contexto, incluso frente a la muerte, se lucha por la vida, representada por la vitalidad de los órganos y tejidos².

La adecuada evaluación clínica y de laboratorio del potencial donante (PD) es esencial para obtener órganos y tejidos en condiciones adecuadas para trasplante, de modo tal de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas o neoplásicas. Además de eso, en la evaluación se deben descartar las contraindicaciones para donación³. A partir de la identificación del potencial donante existe la obligatoriedad de notificar a la Central de Notificación, Captación y Distribución de Órganos (CNCDO), descentralizada en comisiones de Organización de Búsqueda de Órganos (OBO).

Durante el año 2013 se registraron en Brasil 8.871 casos de PD, pero sólo 2.526 se tornaron donantes efectivos, correspondiendo a sólo el 28,5% del total. Entre las principales causas de no efectivización de la donación está la negativa por parte de la familia (2.622), paro cardíaco (1.292) y contraindicación médica (1.150), que sumaron en aquel año 6.345 no donantes. A pesar del gran avance en el número de trasplantes, la escasez de órganos constituye aun uno de los grandes desafíos para los equipos trasplantadores^{4,5}.

Las deficiencias en el proceso de mantenimiento del PD pueden repercutir en estos indicadores. En un estudio⁶ con 55 profesionales de enfermería, la mayoría (61,8%) afirmó que hay limitaciones en el mantenimiento del potencial donante. Entre ellos, sobresalen: falta de preparación de los profesionales; falta de materiales y de estructura adecuada; demora en la apertura del protocolo para confirmación de ME; rechazo familiar; y equipo insuficiente para una asistencia de calidad. El Registro Brasileiro de Trasplantes (RBT) afirma que, en Brasil, la falta de autorización familiar es la principal causa de la no efectivización de la donación, indicando la necesidad de realizar campañas educativas dirigidas a la

sociedad, en el sentido de informar acerca del proceso de donación y estimular su consentimiento⁴.

Considerándose la escasez en la literatura científica en cuanto a las dificultades enfrentadas por el enfermero durante el proceso de mantenimiento de potenciales donantes de órganos, se tuvo como objetivo conocer la percepción de los enfermeros sobre las deficiencias en la atención a estos pacientes. Frente a este contexto, los estudios sobre los procesos implicados en el mantenimiento del PD pueden contribuir a mejorar la atención ofrecida dado que pueden favorecer prácticas más efectivas para el proceso de trabajo.

Método

Se trata de un estudio de campo exploratorio-descriptivo, de abordaje cualitativo, cuya recolección de datos tuvo lugar entre febrero de 2014 y abril de 2015, y del cual participaron ocho enfermeros involucrados en el proceso de mantenimiento, captación y donación de órganos y tejidos de un hospital de gran porte. La investigación exploratoria consiste en indagar en torno a la primera aproximación a un tema y tiende a generar una mayor familiaridad en relación a un hecho o fenómeno⁷.

La investigación descriptiva busca conocer las diversas situaciones y producciones que tienen lugar en la vida social, política, económica y los demás aspectos del comportamiento humano, tanto del individuo tomado aisladamente como de grupos o comunidades más complejas⁸. El abordaje cualitativo se mostró más adecuado, puesto que puede asegurar el surgimiento de aspectos subjetivos que demandan interpretaciones, revelando valores que atraviesan las prácticas profesionales⁹.

El estudio se realizó en un hospital de gran porte de la región norte del estado de Ceará que, actualmente, se configura como una institución de referencia para cerca de 1,6 millones de habitantes, abarcando más de 55 municipios. Se trata del segundo mayor centro de notificación y captación de órganos del interior del estado, siendo además uno de los tres centros de realización de trasplantes del interior. En 2014, realizó 53 notificaciones, efectivizándose 13 donaciones¹⁰. La elección del hospital tuvo lugar por el hecho de poseer una comisión de organización de búsqueda de órganos, referencia en la región norte del estado por presentar un gran número de PD y un servicio de mantenimiento y captación de órganos y tejidos bien estructurados.

Los aspectos éticos de la investigación estuvieron dirigidos por lo dispuesto en la norma publicada por el Consejo Nacional de Salud, Resolución 466/2012¹¹. La investigación fue autorizada

por el Comité Científico del hospital en el que se realizó el estudio, recibió una evaluación favorable del Comité de Ética en Investigación local y utilizó el documento de consentimiento libre e informado. La recolección de informaciones tuvo lugar por medio de entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas en dispositivos electrónicos, con previa autorización, y transcritas luego de su realización.

Se utilizó la entrevista semiestructurada porque presenta una combinación de preguntas que tienen como objetivo reconocer el significado real que el entrevistado da a los fenómenos y eventos en cuestión^{12,13}. Las siguientes preguntas orientaron la entrevista: “¿qué actividades desempeña usted en la OBO?”; “¿cómo usted comprende la función de la OBO?”; “durante el proceso de mantenimiento del potencial donante, ¿existen dificultades, deficiencias u obstáculos relacionados con la gestión, el proceso de trabajo, el abordaje familiar, los servicios administrativos o la logística?”.

La organización y el análisis de las informaciones se realizaron conforme a la técnica de análisis de contenido, dado que permite descubrir núcleos de sentido que componen la comunicación cuya presencia o frecuencia signifique algo para el objetivo analítico considerado. Es decir, para ello, se necesitan etapas de pre análisis, exploración del material, tratamiento de los datos e interpretación¹⁴. Así, luego de la lectura y la interpretación de las respuestas, las informaciones fueron agrupadas de acuerdo a sus semejanzas, dando como resultado dos áreas temáticas: percepción de los enfermeros sobre el trabajo en la OBO y deficiencias en el proceso de mantenimiento del potencial donante de órganos y tejidos.

Resultados

En total participaron ocho enfermeros, cinco hombres y tres mujeres en una franja etaria entre 27 y 35 años. Seis eran especialistas y dos sólo graduados, con un tiempo de graduación de entre tres y seis años, y el tiempo de experiencia con el mantenimiento de potenciales donantes de órganos varió entre uno y tres años.

Percepción sobre el mantenimiento de potenciales donantes de órganos

En el contexto del hospital en cuestión, la organización de búsqueda de órganos de la región dispone de enfermeros, médicos, asistentes sociales y becarios estudiantes de enfermería y medicina. Los médicos neurólogos y clínicos brindan ayuda a los intensivistas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y al personal de planta del servicio

de emergencia para que el protocolo de muerte encefálica sea concluido y el mantenimiento de los órganos pueda hacer viable la captación.

En relación a su percepción sobre la función de la OBO, los enfermeros relataron la amplitud del trabajo del organismo, describiendo sus diversas actividades, principalmente las de asistencia al PD:

“La OBO es una organización de búsqueda de órganos. Trabajamos de forma activa buscando potenciales donantes para disminuir nuestra lista de espera. Trabajamos tanto por la búsqueda activa como por la notificación espontánea del sector. Actuamos junto a la CIHDOTT [Comisión Intra-Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes] de los hospitales (...) La OBO se encarga de la logística de organizar este trabajo, en el mantenimiento del potencial donante, en la capacitación propia, en la entrevista y en toda la parte burocrática que el proceso demanda, debido al riesgo de punición jurídica. Y también trabajamos con el donante de corazón con corazón detenido, donante de córnea y en Santa Casa con trasplante de donación de córnea” (E1);

“El equipo multiprofesional que se dedica a mantener potenciales donantes con órganos vivos hasta ser trasplantados” (E3).

Los profesionales también expresaron su opinión sobre el trabajo que desempeñan, marcados por la gran responsabilidad y relevancia, tanto en el sentido del mantenimiento del PD como para con sus familiares:

“Veo un trabajo con grandes responsabilidades (...) responsabilidad en el sentido de que el receptor y la familia sólo dependen de nuestro trabajo para salir de aquella situación” (E5);

“Es un trabajo muy importante, conseguimos salvar muchas vidas, el trabajo de mantenimiento es un trabajo que involucra a varios profesionales, implica el contacto con la familia, y de cierta forma acabamos generando un vínculo, entonces, para mí, es muy gratificante” (E2).

Obstáculos en el proceso de mantenimiento del potencial donante

De acuerdo con los discursos, fue posible identificar que algunos potenciales donantes no se tornan donantes como resultado de diferentes factores. Cuando se les pregunta sobre los obstáculos/limitaciones que se presentan durante el mantenimiento del potencial donante, fue unánime que los recursos humanos y financieros son el principal problema:

“En cuanto a los recursos humanos, no tenemos profesionales específicos que actúen sólo en el mantenimiento de ese potencial donante. Trabajamos en la CIHDOOT, en la OBO y en el hospital, es decir, no somos específicos de la institución para desempeñar ese papel, (...) son profesionales que ya trabajan en el servicio y hacen horas extras” (E8)

“El recurso financiero asignado por el estado no es un recurso que realmente pueda mantener un equipo bueno para eso, y las propias instituciones no tienen un presupuesto financiero bueno para mantener estos equipos actuantes en sus horas extra de trabajo” (E7).

El discurso evidencia la dificultad de los enfermeros frente a las distintas actividades y vínculos en el contexto del proceso de mantenimiento del PD. El hecho de no estar dedicados exclusivamente a la OBO puede repercutir negativamente en el proceso de mantenimiento del PD, fragilizando la atención, principalmente en relación a las unidades notificadoras, que generalmente no disponen de CIHDOOT o de profesionales conocedores de las particularidades del proceso.

Aun en relación a los recursos humanos, otra deficiencia citada fue la dificultad de la atención ofrecida por los neurólogos, profesionales estructurantes para el proceso de mantenimiento, sin los cuales no se inicia el protocolo: *“La resistencia con los neurólogos es una de las dificultades en el momento de cerrar el protocolo” (E3)*. El factor cultural también fue mencionado por los profesionales, relevando su influencia en el proceso:

“En los recursos humanos, un gran obstáculo es el cultural, porque las propias personas del servicio de la UCI deberían estar interesadas y por ley estar obligadas a cuidar del PD (...) sólo que la mayoría de las personas no lo ve por ese lado y cree que el mantenimiento de los pacientes con muerte encefálica es sólo una obligación de los equipos de captación, y eso no es verdad” (E2).

La deficiencia en el conocimiento de la población es señalada como una importante causa de la no efectivización de la donación debido a la negativa familiar. En esta investigación, las informaciones encontradas estuvieron alineadas con esta premisa, puesto que de cinco participantes, tres respondieron que la negativa de la familia se configura como un obstáculo en el proceso de donación, uno respondió que el equipo de la OBO no tiene dificultades en cuanto al abordaje con los familiares y otro no mencionó el asunto.

“Hay obstáculos en el abordaje de la familia, principalmente, en el sentido cultural, porque las personas no están sensibilizadas, incluso sabiendo que existen personas que lo necesitan, y la legislación prohíbe

que apelemos, entonces sólo podemos comentar que existe la posibilidad de donar y que la decisión es de ellos, sólo que, antes de ese momento, sin una política pública que sensibilice a estas personas, cuando se llega a ese momento de la entrevista con la familia, ellos no quieren donar. (...) otra dificultad tiene lugar cuando los familiares no conocen la voluntad de la persona en vida” (E1).

“Siempre tuvimos mucho éxito hablando con la familia, incluso porque este hospital siempre se destacó en esta cuestión de los trasplantes, entonces el equipo siempre estuvo bien preparado para eso. Los casos en que no conseguimos la donación eran casos en los que realmente la familia no tenía ningún conocimiento, pero yo siempre vi la conversación de la familia como uno de los puntos más fuertes del equipo” (E6).

La disponibilidad de los exámenes permite cerrar el protocolo en el tiempo esperado. Sin embargo, en la realidad de la unidad investigada, hay problemas en la logística de recursos y de equipamientos para el análisis de laboratorio:

“El examen es un problema institucional que demora en llegar, por eso es que nuestra rutina es tomar la muestra a las 5 hs de la mañana para que, por lo menos, a la tarde esté listo, porque es imprescindible para el acompañamiento de los marcadores de los órganos para ver cómo están la perfusión y la calidad de ellos” (E1);

“En este aspecto, el traslado del material biológico a Fortaleza debe ser acelerado, porque la demora reduce el tiempo hábil para cerrar el protocolo”. (E5).

El tiempo de espera para obtener los resultados de los exámenes de bioquímica y serología prolonga el proceso y expone al PD a mayores riesgos e inestabilidad. A partir de estas informaciones, fue posible percibir la necesidad de una mayor atención de los pacientes de la OBO, con espacios con buena estructura física y con equipos actualizados que permitan que estos potenciales donantes se tornen donantes efectivos. En algunos testimonios, se evidencia la angustia y las dificultades de parte de los profesionales de la OBO para mantener el PD en esa unidad:

“Esta cuestión del equipamiento es muy complicada, porque no tenemos una UCI de la OBO, un lugar reservado para el potencial donante, entonces terminamos ocupando una camilla de la UCI del sector que podría ser ocupado por un paciente vivo, nuestros equipos son limitados, y entre una persona con ME y un paciente vivo, claro que el médico va a optar por uno que tenga un mejor pronóstico.” (E2);

“Las UCI de aquí tienen un déficit real. Falta ventilador mecánico, una bomba de infusión que aguante el traslado del potencial donante hacia el centro quirúrgico, ventilador mecánico portátil, capnógrafo, a excepción de las UCI ped (pediátricas) y neo (neonatal)” (E1).

La disponibilidad de espacio y tecnología no puede destacarse en el proceso de selección de quién debe mantenerse en la UCI. En ese caso, la mejor medida sería el trabajo conjunto del equipo multidisciplinario en la toma de decisiones, y para eso el equipo debe tener una visión amplia y focalizada en el cuidado, trabajando en favor del paciente con muerte encefálica independientemente de ser, o no, donante de órganos. La integración del equipo para agilizar el proceso de donación posibilita una salida más rápida de las UCI, permitiendo así el surgimiento de nuevos espacios disponibles.

Discusión

Entre las funciones de la OBO, está la de evaluar las condiciones clínicas del PD y, si es viable, realizar la entrevista familiar en cuanto a la donación. A partir de la autorización familiar, se inicia el protocolo interno que contempla varios procedimientos técnicos y administrativos indispensables para la viabilidad de los órganos. Entonces, la OBO notifica la existencia de un donante potencial a la CNCDO, que realiza la selección de los receptores, designando a los equipos trasplantadores responsables de la extracción y el implante de los órganos¹⁵. Con esto, se verifica que esta OBO parece estar desarrollando un trabajo más restringido a la búsqueda activa y al mantenimiento del PD, asemejándose más a una CIHDO y distanciándose de un equipo de referencia de los hospitales de la región, dado que el trabajo de la OBO debe ser más amplio, ocupándose de la gestión de todos los procesos y acciones involucrados en la donación de órganos, desde la formación permanente de los profesionales hasta el trasplante en sí.

En los discursos también emergió la función pedagógica de la OBO, entendiéndola como un campo de prácticas que aspira a la calificación de profesionales y estudiantes, sirviendo de complemento para la formación. Esto es porque las competencias clínicas necesarias para esta práctica van más allá de aquellas obtenidas durante la carrera de grado en enfermería¹⁶, contribuyendo con eso el hecho de que esta temática aun es abordada de una manera frágil en las carreras y en el posgrado en salud^{17,18}.

El sentido de responsabilidad es constante en los discursos de los enfermeros. Tal aspecto se debe al hecho de que el enfermero es clave para el desarrollo de programas de mantenimiento y captación

de órganos¹⁶. Le compete a éste planificar, ejecutar, coordinar, supervisar y evaluar los procedimientos de enfermería ofrecidos al donante de órganos y tejidos, debiendo: notificar a las CNCDO la existencia de un potencial donante; entrevistar al responsable legal del donante; aplicar la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) al proceso de donación de órganos y tejidos; documentar, registrar y archivar el proceso de donación/trasplante en los historiales del donante receptor; y hacer cumplir el acuerdo firmado en el documento de la donación¹⁹. Es necesario además señalar que la prestación de asistencia al PD, para los profesionales de enfermería, ha sido considerada como una situación estresante^{2,20}.

La muerte encefálica desencadena una falencia múltiple de los órganos debido a las alteraciones endócrinas, metabólicas y hemodinámicas, exigiendo de parte de los profesionales de salud la vigilancia continua, el mantenimiento de todos los datos hemodinámicos del potencial donante y el buen mantenimiento de las funciones vitales para asegurar estabilidad hemodinámica y calidad de los órganos y tejidos²¹. Las deficiencias en la atención al PD de órganos y tejidos – ya sean a nivel estructural, financiero o de recursos humanos – han sido descritas en la bibliografía como posibles responsables por la no efectivización de una parte importante de las donaciones^{17,22}. El número insuficiente de profesionales y los recursos financieros limitados (representados por la carencia de estructura y de profesionales, como neurólogos) emergieron como principales obstáculos de este proceso. Las deficiencias han marcado muchos programas de donación de órganos, de forma tal que las fragilidades en estos componentes interfieren en el proceso de cuidar y generan frustración entre los profesionales involucrados en la asistencia del PD²².

Las deficiencias en el campo financiero también son preocupantes, teniendo en cuenta que se trata de un servicio fundamental y, al mismo tiempo, aparentemente, desfinanciado. Tal limitación evidencia una problemática alarmante, que probablemente afecta el proceso de mantenimiento y captación de órganos y tejidos. Este fenómeno se configura como un desafío, puesto que es necesario considerar que mantener potenciales donantes de órganos demanda tiempo e inversión en recursos humanos y materiales²³. No obstante, es importante mencionar que el SUS hace mucho enfrenta problemas de financiamiento, siendo que los procesos involucrados para la donación y el trasplante de órganos integran este mismo escenario, conformándose su desfinanciamiento en un reflejo del financiamiento deficiente del sistema de salud.

Estas deficiencias repercuten en diversos aspectos del cuidado del PD, entre ellos, la demora en el cierre del protocolo. Esto genera incomodidad en el equipo, dado que, en el contexto de la ME, la cuestión temporal puede ser determinante en el éxito o no de la captación, puesto que implica a receptores que están en lista de espera, a la familia del donante y el riesgo de inestabilidad hemodinámica del PD. De este modo, lo que se observa es que hay riesgo de que los PD pierdan la oportunidad de ser donantes efectivos.

Además de las cuestiones bioéticas inherentes al proceso de donación de órganos, como la prevalencia de la voluntad del individuo sobre el deseo de la familia o sobre la necesidad y la inminencia de muerte de otro paciente, entre otras, las deficiencias en los recursos materiales, financieros y humanos despiertan preocupación acerca de la dimensión bioética del cuidado. Esto es así porque estas limitaciones tienen un gran potencial para interferir negativamente en el proceso, pudiendo perjudicar el cuidado del PD, lo que puede representar la pérdida de la oportunidad de que alguien reciba un órgano. Por ejemplo, el examen clínico debe ser repetido como mínimo en dos ocasiones y en intervalos de al menos seis horas, obligatoriamente, por médicos diferentes¹. Así, si por un lado se debe considerar el tiempo mínimo estipulado para el proceso, por el otro, es necesaria la atención para que las etapas no se atrasen, dedicando sólo el tiempo correspondiente para cada momento del proceso de mantenimiento del PD.

Los discursos evidenciaron además las concepciones del equipo de salud en cuanto al mantenimiento de la persona con ME. Estos relatos señalan fragilidades en la atención ofrecida por parte del equipo multiprofesional, incluyendo a los propios profesionales de enfermería, identificándose la diferenciación de la atención provista al PD. Este aspecto del cuidado del PD, en el contacto del equipo de enfermería, ha sido discutido en la bibliografía, siendo caracterizado como fruto de la falta de preparación técnico-científica y la inmadurez profesional para cuidar de personas con ME²⁴. Este dato no hace que este fenómeno sea menos preocupante, dado que para la prestación del cuidado al PD hay que apoyarse en un cuidado ético, de manera tal que la reflexión sobre la moralidad de las intervenciones del equipo de salud debe ser permanente²⁵.

No obstante, no puede haber una distinción del cuidado ofrecido, debiendo el equipo de enfermería tratar al potencial donante con el mismo empeño y la misma dedicación que a cualquier otro paciente crítico. Se debe pensar que el cuidado debe ser ofrecido independientemente de su pronóstico, principalmente cuando se trata de un paciente con

ME, puesto que demanda cuidados más específicos, debido al alto riesgo de inestabilidad.

La negativa familiar se mostró como otro problema para los profesionales entrevistados, coincidiendo con otras investigaciones que evidencian el rechazo familiar como el principal factor para la no efectivización de la donación^{4,5,17}. En la mayoría de los casos, la negativa familiar está relacionada con la no comprensión del diagnóstico de ME, con aspectos ligados a la religión y con la falta de preparación del profesional que realizó la entrevista^{26,27}. En otros países, como Estados Unidos, la negativa familiar está relacionada también con otros factores, como las dudas relativas a la equidad en la distribución de los órganos por parte de los programas de donación, siendo notable la escasa representatividad de minorías, pobres, deficientes o ancianos en las listas de trasplante²⁸.

El hecho de que los cuidados del PD sean brindados en instituciones de gran porte, siendo, muchas veces, bastante impersonales, lesiona la confianza entre pacientes y profesionales de salud²⁸. Este extrañamiento puede contribuir a la negativa familiar o incluso del paciente aún con vida. Tal escenario demanda un abordaje humanizado, en el que el equipo multiprofesional esté más involucrado con su paciente y sus familiares. Esta relación contribuye a implementar acciones que favorecen la ocurrencia de procesos de trasplante, evitando que la familia sea un obstáculo para la donación, puesto que los familiares tienden a consentir la donación cuando fueron bien orientados respecto del concepto de muerte encefálica y de la finalidad humanitaria de la donación²⁹.

A pesar de la manifestación en vida, en Brasil debe respetarse la decisión de los familiares sobre la donación. Por lo tanto, el apoyo emocional, la asistencia brindada a los familiares y la información sobre el proceso se tornan imprescindibles para impulsar la donación. En esta perspectiva se asienta la importancia de promover el cuidado de los enfermeros a los familiares de los potenciales donantes, puesto que al unir el cuidado brindado al paciente y los cuidados ofrecidos a los familiares se obtiene un punto positivo para que tenga lugar el consentimiento de la donación de los órganos de la persona con ME²⁴.

A partir de lo expuesto, es posible inferir que la información y la educación de los familiares en cuanto a los procedimientos inherentes al proceso de mantenimiento de potenciales donantes y la efectivización de la donación son determinantes para la aceptación, o no, de la familia en cuanto a la donación. Las deficiencias en los procesos de mantenimiento, captación y trasplante de órganos han sido señaladas por otros autores¹⁷. Los recursos materiales y tecnológicos adecuados para el

diagnóstico de ME, assim como para o manutenção do PD, são fundamentais no serviço, para que se realize a tempo a confirmação da ME e a captação dos órgãos³⁰. Por conseguinte, a falha da estrutura relatada em lo que atañe a los exámenes de laboratorio y a los equipamientos puede inviabilizar la asistencia adecuada.

Aunque exista un déficit de material y otros problemas evidenciados en este estudio, el hospital en cuestión ha contribuido de forma relevante para que el estado de Ceará se destaque en el escenario nacional. En 2010, este mismo hospital colaboró para que Ceará se situase en la segunda posición entre los estados con el mayor número de donaciones efectivizadas. Tal escenario lleva a la reflexión de que, frente a las inconsistencias y los resultados obtenidos, tal vez el equipo esté sobrecargándose para equilibrar las deficiencias evidenciadas e impedir que tales fragilidades afecten, o impacten menos, en el proceso de mantenimiento, captación y trasplante de los órganos.

Finalmente, un estudio realizado en una UCI reveló que el mantenimiento precario del paciente con ME hospitalizado como PD puede ser la segunda causa de la no ocurrencia de la donación de órganos y tejidos en Brasil³¹. De este modo, se hace necesario observar que el mantenimiento del potencial doador debe pujar por la asistencia de calidad, que contempla un ambiente que ofrezca apoyo para que los profesionales puedan trabajar adecuadamente.

Otro factor determinante para el éxito o el fracaso de los programas de trasplante es la calificación de los profesionales de salud y la educación de la población⁷. La educación permanente en salud es esencial, puesto que puede contribuir a aumentar la calidad del cuidado de potenciales donantes,

mejorar el abordaje con la familia e influir en el tiempo perdido para realizar pruebas confirmatorias de ME, repercutiendo directamente en la decisión familiar y en la efectivización de la donación.

Consideraciones finales

El estudio posibilitó conocer la percepción de los enfermeros sobre aspectos del proceso de trabajo en el mantenimiento del PD y los principales obstáculos, revelando que los profesionales perciben deficiencias, temen y sufren las repercusiones en el proceso de cuidar. Los participantes presentaron un conocimiento limitado sobre la función de la OBO, revelando la necesidad de una mayor instrucción del equipo sobre las concepciones y los movimientos que sostienen este servicio. Así, se puede potenciar la autonomía de estos profesionales a partir de entrenamientos que amplíen la comprensión sobre el servicio.

El cuidado y otras dimensiones de la atención ofrecida al PD parecen estar vulnerables frente al número y al grado de limitaciones evidenciadas. Infelizmente, este contexto parece repetirse en los demás equipos que integran la red de trasplantes de órganos en el país. Este escenario demanda mejorar la disposición de los recursos humanos, las condiciones de trabajo, la estructura, potenciar la educación permanente y fomentar las actividades de información y sensibilización de la población sobre la muerte encefálica y el proceso de mantenimiento, captación, donación y trasplante de órganos. La situación descrita denota que el cuidado a estos pacientes se ha distanciado, en alguna medida, de los principios bioéticos, lo cual demanda estrategias para (re)significar las prácticas asistenciales.

Referências

1. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. [Internet]. Rev Bras Enferm. 2008 [acesso 22 fev 2015];61(1):91-7. Disponível: <http://bit.ly/2iP20NM>
2. Guido LA, Linch GFC, Andolhe R, Conegatto CC, Tonini CC. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. [Internet]. Rev Latinoam Enferm. 2009 [acesso 27 fev 2015];17(6):1023-9. Disponível: <http://bit.ly/2jYgJL>
3. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Araújo RO, Pinto JTJM, Torres GV. Characterization of the potential donors of organs and tissues for transplantation. [Internet]. J Nurs UFPE on line. 2013 [acesso 20 fev 2015];7(1):184-91. Disponível: <http://bit.ly/2iYF21Z>
4. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2006-2013). Registro Brasileiro de Transplantes. 2013;19(4):1-81.
5. Mouro SDS, Guillens LC, Almeida TC, Duran ECM, Toledo VP. Why potential donors do not become actual donors: an exploratory-descriptive study. [Internet]. J Nurs UFPE on line. 2012 [acesso 20 fev 2015];6(3):613-8. Disponível: <http://bit.ly/2iOVZAY>
6. Freire ILS, Mendonça AEO, Pontes VO, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. [Internet]. Rev Eletrônica Enferm. 2012 [acesso 20 fev 2015];14(4):903-12. Disponível: <http://bit.ly/2jMZcJO>
7. Leopardi MT. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa livros; 1999.

8. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2002.
9. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
10. Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Empresa. [Internet]. 30 abr 2012 [acesso 8 out 2014]. Disponível: <http://bit.ly/2iP5PCO>
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 jun 2013 [acesso 20 fev 2015]. Disponível: <http://bit.ly/20ZpTyq>
12. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
13. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
15. Cinque VM, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. [Internet]. Rev Esc Enferm USP. 2010 [acesso 20 fev 2015];44(4):996-1002. Disponível: <http://bit.ly/2jN4N9U>
16. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. [Internet]. Texto Contexto Enferm. 2012 [acesso 20 fev 2015];21(4):945-53. Disponível: <http://bit.ly/1qXqKm7>
17. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV, Araújo EC, Costa IKF, Melo GSM. Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. [Internet]. Rev Bras Enferm. 2015 [acesso 21 nov 2015];68(5):837-45. Disponível: <http://bit.ly/2j9uT5L>
18. Cicolo EA, Roza BA, Schirmer J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. [Internet]. Rev Bras Enferm. 2010 [acesso 21 nov 2015];63(2):274-8. Disponível: <http://bit.ly/1tG8JFk>
19. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. [Internet]. Rio de Janeiro; 2004 [acesso 10 abr 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2jM28AI>
20. Souza SS, Borenstein MS, Silva DMGV, Souza SS, Carvalho JB. Situations of stress experienced by nursing staff in the care of the potential organ donor. [Internet]. J Res Fundam Care. 2013 [acesso 21 nov 2015];5(3):42-52. Disponível: <http://bit.ly/2jLjdHf>
21. Becker S, Silva RCC, Ferreira AGN, Rios NRF, Ávila AR. A enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial doador. [Internet]. Sanare. 2014 [acesso 29 fev 2015];13(1):69-75. Disponível: <http://bit.ly/2iP448B>
22. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Melo GSM, Torres GV, Araújo EC, Miranda FAN. Facilitadores e barreiras na efetividade da doação de órgãos e tecidos. [Internet]. Texto Contexto Enferm. 2014 [acesso 20 fev 2015];23(4):925-34. Disponível: <http://bit.ly/2jLuKGC>
23. Mattia AL, Rocha AM, Freitas Filho JPA, Barbosa MH, Rodrigues MB, Oliveira MG. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. [Internet]. Bioethikos. 2010 [acesso 29 fev 2015];4(1):66-74. Disponível: <http://bit.ly/1WPIkYl>
24. Cavalcante LP, Ramos IC, Araújo MAM, Alves MDS, Braga VAB. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. [Internet]. Acta Paul Enferm. 2014 [acesso 23 fev 2015];27(6):567-72. Disponível: <http://bit.ly/2iPwZt0>
25. Berlanga AC, Rascón JJ, Rodríguez RG, Muela RA, Hornillos FJL, Villares JMM *et al.* Valoración ética de la craneoplastia con vendaje compresivo como forma de limitación de tratamientos de soporte vital. [Internet]. Acta Bioeth. 2015 [acesso 17 set 2016];21(2):183-9. Disponível: <http://bit.ly/2iPFZlh>
26. Rosário EN, Pinho LG, Oselame GB, Neves EB. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. [Internet]. Cad Saúde Colet. 2013 [acesso 23 fev 2015];21(3):260-6. Disponível: <http://bit.ly/2iZsSGf>
27. Pessoa JLE, Schirmer J, Roza BA. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. [Internet]. Acta Paul Enferm. 2013 [acesso 17 set 2016];26(4):323-30. Disponível: <http://bit.ly/2kf6ZYC>
28. Caplan A. Bioethics of organ transplantation. [Internet]. Cold Spring Harb Perspect Med. 2014 [acesso 17 set 2016];4(3):a015685. Disponível: <http://bit.ly/2iPCNmj>
29. Conceição AM. Morte encefálica: um conceito a ser difundido. In: Schell HM, Puntinho KA, editores. Segredos em enfermagem na terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 490-3.
30. Amorim VCD, Avelar TABA, Brandão GMON. The optimization of the nursing care to the patient with death encephalic: potential donor of multiples organs. [Internet]. J Nurs UFPE on line. 2010 [acesso 23 fev 2015];4(1):218-26. Disponível: <http://bit.ly/2iZsGqi>
31. Lima CSP, Batista ACO, Barbosa SFF. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. [Internet]. Rev Eletr Enf. 2013 [acesso 24 fev 2015];15(3):780-9. Disponível: <http://bit.ly/2jDr4Vf>

Participação dos autores

Israel Ferreira da Costa elaborou a análise das informações e redação do artigo. José Jeová Mourão Netto trabalhou na concepção e desenho metodológico. Maria da Conceição Coelho Brito participou da revisão crítica e aprovação da versão final. Natália Frota Goyanna colaborou com a revisão crítica. Taciane Correia dos Santos trabalhou na concepção, coleta e análise das informações. Samara de Sena Santos colaborou com a análise das informações.

Recebido: 19.9.2016

Revisado: 16.12.2016

Aprovado: 21.12.2016