



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE MORTE CEREBRAL E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia –
Especialização em Psicologia da Saúde

Júlia Florbela Gago Barradas, n.º 27709

FARO
2010

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**“ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE MORTE
CEREBRAL E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS”**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia –
Especialização em Psicologia da Saúde

Júlia Florbela Gago Barradas, n.º 27709

Orientador: Professora Doutora Cristina Nunes

FARO
2010

RESUMO

Tendo em conta a investigação médica, a doação de órgãos vai continuar a ser a fonte fundamental de órgãos para transplante. O reconhecimento e a manutenção dos potenciais dadores em morte cerebral estão entre os grandes desafios enfrentados pelas equipas que trabalham em cuidados intensivos e urgências (Duarte, Salviano & Gresta, 2004). Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro, apesar de não ser responsável pela decisão no processo, participa nos cuidados ao potencial dador de órgãos.

Este estudo tem como objectivo analisar eventuais relações entre um conjunto de variáveis sócio-demográficas, de caracterização da experiência dos enfermeiros e as suas atitudes perante morte cerebral e transplantação de órgãos, para, assim, se compreenderem as suas atitudes perante a temática.

A amostra foi constituída por 130 enfermeiros, correspondendo a uma taxa de resposta de 76%. Os dados foram recolhidos nos serviços de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Para avaliação das variáveis em estudo utilizaram-se três questionários: de dados sócio-demográficos; de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos e das suas atitudes perante morte cerebral e transplantação de órgãos (Kim, Fisher & Elliott, 2006a).

Os resultados obtidos sugerem que os enfermeiros apresentam disposição para serem dadores de órgãos, assim como consideram o transplante de órgãos importante na melhoria da qualidade de vida do receptor. O estudo sugere também que o desconhecimento e a inexperiência dos enfermeiros nesta temática estão relacionados com o seu desconforto em relação à doação de órgãos.

Torna-se, assim, importante promover programas de informação/formação sobre o processo de doação de órgãos, com o objectivo de colmatar a falta de informação e de conhecimentos. Este estudo poderá ser útil no desenvolvimento desses programas, procurando reforçar a atitude positiva dos enfermeiros e melhorar a sua capacidade para actuação no processo de doação de órgãos.

Palavras-chave: morte cerebral; doação de órgãos; transplantação; atitudes; enfermeiros.

ABSTRACT

TITLE: ATTITUDES OF NURSES TO BRAIN DEATH AND ORGAN TRANSPLANTATION

Having regard to medical research, organ donation will remain the key source of organs for transplantation. The recognition and maintenance of potential donors in brain death are among the major challenges faced by teams working in intensive care and emergency rooms (Duarte, Salviano & Gresta, 2004). As a member of the healthcare team, the nurse, although not responsible for the decision process, participates in the care of potential organ donor.

This study aims to examine possible links between a set of socio-demographic, characteristics of the experience of nurses and their attitudes towards brain death and organ transplantation, for which, if they understand their attitudes towards the subject.

The sample consisted of 130 nurses, representing a response rate of 76%. Data were collected in the Emergency Services and Intensive Care Unit of Hospital de Faro and the Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

To assess the study variables, we used three questionnaires: a socio-demographic data, to characterize the experience of nurses regarding brain death and organ transplantation and attitudes of nurses towards brain death and organ transplantation (Kim, Fisher & Elliott, 2006a).

The results suggest that nurses are willing to be organ donors, as well as consider transplanting organs in improving the quality of life of the receiver. The study also suggests that ignorance and inexperience of the nurses in this issue are related to their discomfort regarding organ donation.

It is therefore important to promote programs of information and training on the process of organ donation in order to address the lack of information and knowledge. Data collected in this study could be useful in developing these programs, seeking to reinforce the positive attitude of nurses and improve their ability to act in the process of organ donation.

Key-words: brain death, organ donation, transplantation, attitudes, nurses.

AGRADECIMENTOS

Aos meus Reis, David, Filipe, Henrique e Dinis por toda a paciência que tiveram, ajuda que me deram ...

Aos meus pais e irmão pela presença contínua na minha vida...

À minha irmã, onde quer que esteja, porque me ensinou a nunca desistir...

À restante família, porque estiveram presentes sempre nos bons e maus momentos, respeitando os momentos em que eu não estive presente...

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Cristina Nunes, por toda a motivação, críticas, sugestões que me fez e que me permitiram concluir este trabalho. E especialmente por acreditar em mim.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo, pela disponibilidade que demonstraram, cujo seu contributo foi fundamental.

Aos meus colegas de mestrado pela troca de experiências que fizemos e particularmente à Vera, à Hubert, à ZÁ e à Carla por todos os bons momentos que passámos.

A todas as restantes pessoas que estiveram presentes na minha vida ao longo destes três anos e que, pelas suas sugestões, também contribuíram para que este trabalho fosse possível.

PENSAMENTO

“Investigar,
é sempre questionar o modo como experienciamos o mundo,
é querer conhecer o mundo no qual vivemos como seres humanos”

Max Van Mann (1990)

ABREVIATURAS E SIGLAS

ASST – Autoridade para os Serviços de Sangue e de Transplantação

CCFE - Curso de Complemento de Formação em Enfermagem

CEDACE - Centro Nacional de Dadores de Células de Medula Óssea, Estaminais ou de Sangue do Cordão

CHBA - Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

DGS - Direcção Geral de Saúde

DP – Desvio-Padrão

EPE – Entidade Pública Empresarial

EU – União Europeia

EUA - Estados Unidos da América

GCCOT - Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação

GCCT - Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

HDF - Hospital Distrital de Faro

HF – Hospital de Faro

KW – Kruskal-Wallis

MW – Mann-Whitney

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPT - Organização Portuguesa de Transplantação

PCP – Pressão Capilar Pulmonar

Phm – por milhão de habitante

PVC – Pressão Venosa Central

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UNOS - United Network for Organ Sharing

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	5
2.1 - Tipos de Dadores de Órgãos.....	7
2.2. Antecedentes Históricos da Transplantação de Órgãos	11
2.3. Morte Cerebral	17
3. O TRANSPLANTE DO PONTO DE VISTA LEGAL	24
3.1. Modelo Português.....	26
4. PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DE DADORES CADÁVERES.....	31
4.1. Organização do Sistema Português de Transplantes	32
4.1.1. Actividade de transplantação de órgãos	38
4.2. Fases do processo de doação de órgãos	49
4.3. Papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos de dadores cadáveres	55
5. ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE MORTE CEREBRAL E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS	63
6. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DO ESTUDO	83
7. METODOLOGIA	85
7.1. Amostra.....	85
7.2. Instrumentos	86
7.2.1. Variáveis de caracterização sócio-demográfica.....	86
7.2.2. Variáveis de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos	88

7.2.3. Variáveis de caracterização das atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos	89
7.2.3.1. Análise Factorial Exploratória	91
7.3. Recolha de dados	95
7.4. Tratamento de dados	95
8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS	97
8.1. Caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros	97
8.2. Caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos	99
8.3. Atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos	105
8.4. Estudo dos factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos	106
9. DISCUSSÃO	118
10. CONCLUSÃO	128
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXOS	152
ANEXO A – Questionário de dados sócio-demográficos	153
ANEXO B – Questionário de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos	154
ANEXO C – Instrumento de Kim, Fisher e Elliott (2006a)	155
ANEXO D – Questionário das atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos	156
ANEXO E – Autorização para utilização do instrumento de Kim, Fisher e Elliott (2006a)	157
ANEXO F – Autorização do Conselho de Administração do Hospital de Faro E.P.E.	158
ANEXO G – Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	159

ANEXO H – Consentimento informado	160
ANEXO I – Frequências observadas para os itens do questionário das atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Transplantação de órgãos 2007/2008/2009 em Portugal	39
Gráfico 2. População portuguesa inscrita no RENNDA, desde 1994 até 2009	40
Gráfico 3. Colheita de órgãos de dadores cadáveres no mundo em 2007 e 2008 por milhão de habitantes	41
Gráfico 4. Número de dadores cadáveres por milhão de habitantes (cálculo efectuado a 10,62 milhões de habitantes – CENSOS 2008)	42
Gráfico 5. Colheita de órgãos de dador cadáver em Portugal, entre 1986 e 2009	43
Gráfico 6. Evolução da Colheita de órgãos dador cadáver por GCCT	44
Gráfico 7. Colheita de órgãos no GCCT Hospital Santo António (Porto), entre 2007 e 2009	45
Gráfico 8. Colheita de órgãos no GCCT Hospital de São João (Porto), entre 2007 e 2009	45
Gráfico 9. Colheita de órgãos no GCCT Hospitais da Universidade de Coimbra (Coimbra) entre 2007 e 2009.....	46
Gráfico 10. Colheita de órgãos no GCCT Hospital São José (Centro Hospitalar de Lisboa Central – Lisboa), entre 2007 e 2009	47

Gráfico 11. Colheita de órgãos no GCCT Hospital de Santa Maria (Lisboa), entre 2007 e 2009	48
Gráfico 12. Aquisição de conhecimento dos critérios de morte cerebral.....	101
Gráfico 13. Aquisição do conhecimento dos requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para transplantação	102
Gráfico 14. Durante o processo de manutenção do dador de órgãos, em caso de dúvidas a quem recorriam?	103
Gráfico 15. Formação na área	104

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1. Critérios específicos de doação	9
Tabela 2. Critérios específicos de exclusão	10
Tabela 3. Tipos de consentimento em diferentes Países	26
Tabela 4. Objectivos da manutenção do dador de órgãos	58
Tabela 5. Classificação e descrição das variáveis de caracterização sócio-demográfica	87
Tabela 6. Classificação e descrição das variáveis de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos	88
Tabela 7. Descrição dos factores ou dimensões com os coeficientes α de Cronbach e os respectivos itens	92
Tabela 8. Caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros	97
Tabela 9. Caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos	100
Tabela 10. Medidas descritivas dos cinco factores	105
Tabela 11. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do sexo	106

Tabela 12. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Kruskall-Wallis em função do estado civil	107
Tabela 13. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Kruskall-Wallis em função da faixa etária	107
Tabela 14. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da categoria profissional agrupada	108
Tabela 15. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da Instituição	109
Tabela 16. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do serviço	109
Tabela 17. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Kruskall-Wallis em função do tempo de profissão.....	110
Tabela 18. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Kruskall-Wallis em função do tempo de serviço.....	111
Tabela 19. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do vínculo à Instituição	111
Tabela 20. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da religião.....	112
Tabela 21 - Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do conhecimento dos critérios de morte cerebral ..	113
Tabela 22. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do conhecimento dos requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para transplantação	114

Tabela 23. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da experiência com dadores cadáveres	115
Tabela 24. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da experiência com receptores de órgãos.....	115
Tabela 25. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função dos conhecimento dos procedimentos necessários à manutenção do dador cadáver.....	116
Tabela 26. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do Interesse em receber formação na área.....	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estrutura da ASST	33
Figura 2. Esquema do processo de doação-transplante	53

1. INTRODUÇÃO

Os transplantes de órgãos constituem um dos avanços mais espectaculares da história da Medicina (Parrilla, Ríos & Ramírez, 2008). São uma realidade terapêutica que tem demonstrado eficácia nos estados terminais de doenças que afectam o coração, pulmões, fígado, pâncreas e rins, assim como a substituição de alguns tecidos (Navarro, Rosales, Fuentes & Fernández, 2006). Actualmente a Medicina consegue manter a funcionar o coração e os pulmões de uma pessoa que já morreu tal como consegue salvar uma pessoa cujo coração e os pulmões pararam. Estes e outros órgãos podem salvar outras vidas se colhidos para serem transplantados e nessa dimensão o âmbito de intervenção da Medicina Intensiva prolonga-se para além da própria morte, segundo Carneiro (2008).

O número de pessoas que esperam por um órgão é em todo o mundo superior à oferta existente. Paralelamente a esta situação, em 2007 sabia-se que morriam dez europeus por dia em lista de espera para um transplante (Machado, 2009). No entanto, a actividade de transplante de órgãos e tecidos teve um importantíssimo aumento na última década e sabe-se hoje, que o sucesso do transplante depende da qualidade da assistência dos dadores no período crítico. A detecção precoce de um potencial dador de órgãos é de extrema importância quando se analisa o elevado número de pacientes em lista de espera no nosso País, em comparação com o número de dadores: actualmente, cerca de 29,4 por milhão de habitantes (ASST, 2009a).

Sabemos também que nos nossos dias o mais importante dador de órgãos para transplante tem sido o portador de morte cerebral (Magalhães, Sanches & Pereira, 2004). Actualmente um paciente que morre num serviço de urgência poderia ser considerado um potencial dador de órgãos, cabendo às equipas do serviço detectar e referenciar estes pacientes ao Coordenador Hospitalar de Doação e também ter em atenção todos os cuidados de forma a manter as funções vitais do dador.

O transplante de órgãos constitui assim, um avanço importante de saúde pública. O conceito de saúde pode implicar o aumento da longevidade ou seja de mais anos de vida, mas implica acima de tudo uma maior qualidade de vida (Ribeiro, 2007a). Falar em qualidade de vida é falar em promoção da saúde e nesta área a psicologia da saúde tem um papel fundamental.

Actualmente, em Portugal, pouco se sabe sobre a experiência dos enfermeiros que prestam cuidados aos doentes em morte cerebral, potenciais dadores de órgãos e que efeitos (se os houver) têm sobre o enfermeiro. É como Enfermeira da equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Faro, que sentiu incentivo para estudar em pormenor a atitude dos enfermeiros perante a actividade de transplantação de órgãos, considerada por muitos como uma das mais notáveis histórias de sucesso da Medicina do século XX. Desta forma surgiu a oportunidade, no âmbito do Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde, iniciado no ano lectivo de 2006/07, de investigar a problemática referida anteriormente. Tendo por base que, as atitudes ajudam a explicar as decisões e acções das pessoas e, percebendo quais as atitudes dos enfermeiros em relação à morte cerebral e à transplantação de órgãos, será possível identificar as áreas susceptíveis de

intervenção, para que a actuação como técnicos de saúde seja o mais dirigida e efectiva possível.

Nesta investigação pretendeu-se essencialmente abordar a doação de órgãos de dadores cadáveres em morte cerebral por ser a experiência dos Hospitais do Algarve que colaboram com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação de S. José, nomeadamente o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Considerou-se assim pertinente colocar a seguinte questão:

Qual a atitude dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos e das Urgências de adultos do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio perante a morte cerebral e a transplantação de órgãos?

Partindo da pergunta, delineou-se o seguinte problema de investigação:

As atitudes dos enfermeiros das Unidades Cuidados Intensivos e Urgências de adultos do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio perante a morte cerebral e a transplantação de órgãos influenciam a sua intervenção no processo de doação de órgãos.

Efectuou-se, assim, um estudo, segundo uma metodologia quantitativa, descritivo e correlacional, de forma a conhecer as atitudes dos enfermeiros que exerçam actividade na área de prestação de cuidados, nos Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos de adultos do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Organizou-se este relatório em diferentes capítulos.

No primeiro capítulo será feito o enquadramento teórico do tema com a descrição de alguns conceitos relacionados com a doação e transplantação de órgãos, bem como a sua evolução histórica e o conceito de morte cerebral.

Posteriormente será analisada a transplantação de órgãos do ponto de vista ético e legal, tendo em conta o Modelo Português.

No terceiro capítulo será abordado o processo de doação de órgãos de dadores cadáveres, descrevendo a organização do Sistema Português de Transplantes e a evolução da sua actividade, bem como as fases do processo desde que é identificado o potencial dador até à colheita dos órgãos e o papel do enfermeiro no decorrer do referido processo.

No quarto capítulo serão exploradas as atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos.

Nos capítulos seguintes será delimitado o problema e os objectivos do estudo, descrita a metodologia aplicada, apresentados e analisados os resultados e efectuada a discussão dos mesmos.

Para terminar, será efectuada a conclusão do estudo e apresentadas algumas propostas futuras, bem como as limitações do estudo.

2. TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Neste último meio século, a transplantação de órgãos mudou a história natural de algumas doenças crónicas, que já não são necessariamente terminais. Do transplante dependem inúmeras pessoas que, por diversas razões, aguardam ansiosamente por um ou mais órgãos para que possam, não só, continuar a viver, mas a viver com qualidade.

Torna-se então importante ao falarmos em transplantação, clarificarmos alguns dos conceitos mais comuns utilizados nesta temática, como sejam:

- Células – as células individuais ou um conjunto de células de origem humana não ligadas entre si por qualquer tipo de tecido conjuntivo (Ministério da Saúde, 2007b).
- Colheita - é o processo em que são disponibilizados órgãos, tecidos e células de origem humana (Ministério da Saúde, 2007b).
- Dádiva - é qualquer doação de órgãos, tecidos e células de origem humana, destinados a aplicações no corpo humano (Ministério da Saúde, 2007b).
- Dador - é qualquer fonte humana, viva ou morta, de órgãos, tecidos e células de origem humana (Ministério da Saúde, 2007b).
- Doação de órgãos - acto generoso e altruísta pelo qual uma pessoa manifesta a sua vontade de que uma ou mais partes do corpo,

adequadas para o transplante, possam ser usadas para ajudar os outros (Rubio & Alba, 2000).

- Órgão para transplante - é uma parte do corpo diferenciada, constituída por tecidos distintos, que mantém uma estrutura vascularizada e capacitada para desenvolver funções fisiológicas com um grau importante de autonomia (Ochoa, 2004).
- Receptor - é um indivíduo para o qual é transferido o tecido ou órgão (Ministério da Saúde, 2009).
- Tecidos - todas as partes constituintes do corpo humano formadas por células (Ministério da Saúde, 2007b).
- Transplante - é a transferência de células, tecidos ou órgãos vivos ou de uma parte do corpo para outra (por exemplo, os enxertos de pele) de uma pessoa, designado por dador, para outra, designado por receptor, com a finalidade de restabelecer uma função perdida (Ministério da Saúde, 2008).

Casino citado em Caballer (2001) divide os transplantes de acordo com o tipo de dador e de receptor, em:

- Autotransplante em que o receptor e o dador são o mesmo indivíduo. É um tipo de transplante utilizado para repovoar o sangue, no caso de doenças que afectam a medula óssea, ou para a reconstrução cutânea em situações de perda da superfície da pele, como é o caso de queimaduras profundas.

- Homotransplante ou alotransplante quando o órgão provem de outro indivíduo da mesma espécie. Pode ser de um dador vivo que cede um órgão ou um tecido (rim, medula óssea) ou de um dador cadáver.
- Heterotransplante ou xenotransplante quando o órgão provem de um animal de outra espécie. Actualmente são transplantados tecidos de proveniência animal como válvulas cardíacas de porcos. O maior problema técnico suscitado neste procedimento refere-se à barreira imunológica existente entre espécies distintas, provocando a rejeição do órgão transplantado.

2.1 - Tipos de Dadores de Órgãos

Podemos transplantar órgãos, tecidos e células. Em função da proveniência dos órgãos, tecidos ou células estes podem ser de dois tipos de dadores: dadores vivos ou dadores cadáveres. A maioria dos órgãos e tecidos utilizados nos transplantes provém de dadores cadáveres - alguém que acabou de morrer, porque é possível a extracção na totalidade sem afectar o dador e também porque possibilita a utilização de um grande número de órgãos e tecidos em vários pacientes. Os dadores cadáveres podem ter sofrido uma morte cerebral (situação mais frequente) ou uma morte por paragem cardíaca.

Legalmente consideram-se dadores cadáveres todos os cidadãos nacionais e apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto ao Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores (Ministério da Saúde, 2007b). Estão definidas condições e regras de actuação em relação à morte cerebral que serão descritas no capítulo 3.

As patologias que mais frequentemente conduzem a uma situação de morte cerebral são as que apresentam uma lesão cerebral severa, como patologias neurológicas, neurocirúrgicas e encefalopatias anóxicas (Marín, 2008). Os órgãos possíveis de se obter do dador em morte cerebral são rim, fígado, pulmão, coração, pâncreas e intestino.

Os dadores que sofreram morte por paragem cardíaca são designados por dadores em assistolia. Destes dadores é possível extrair os rins, o fígado e os pulmões.

O transplante entre pessoas vivas, à luz da lei actual, possibilita que qualquer pessoa, como cônjuge ou amigos, seja dador de órgãos em vida, independentemente de existir uma relação de consanguinidade. Os órgãos que são possíveis transplantar entre dadores vivos são rim, pulmão e segmentos hepáticos.

De uma forma geral, para que um indivíduo seja considerado um dador viável deve cumprir alguns critérios, como sejam:

- Integridade anatómica dos órgãos a recolher;
- Ausência de doenças malignas extracerebrais;
- Ausência de doenças transmissíveis (bacteriana, micótica, viral e protozoária);
- Idade biológica igual e inferior a 65 anos (recomendável) – a idade limite aceitável deve ser entendida não como a idade real mas como a idade biológica do órgão;

- No caso de dadores vivos, tem de existir um risco mínimo operatório e não podem existir consequências da colheita.

Os critérios gerais de exclusão do dador de órgãos têm a ver com processos de infecção, de malignidade e de traumatismo directo do órgão.

Existem, no entanto, critérios de doação específicos relacionados com cada órgão, no caso dos dadores cadáveres em morte cerebral e dadores vivos, que estão descritos na tabela seguinte (Marín, 2008).

Tabela 1. Critérios específicos de doação

Órgão	Critérios
Rins	< 75 anos de idade (relativo) Sem história de patologia renal Perfusão e diurese adequada
Fígado	Sem história de alcoolismo. Qualquer idade; teste de função hepática normal
Coração	< 50 anos; Electrocardiograma e Rx tórax normal; Não infusão de inotrópicos em doses altas
Pulmões	< 50 anos; Não fumador; Ausência de traumatismos ou doenças crónicas; Ausência de cirurgia torácica prévia ao pulmão; Sem aspiração; sem ventilação mecânica prolongada; $PO_2 > 70$ mmHg com $FiO_2 < 0,4$
Pâncreas	<55 anos. Não diabético e sem antecedentes familiares. Sem história de alcoolismo; Amilase normal

Marín (2008) também descreveu os critérios de exclusão específicos relacionados com cada órgão, no caso dos dadores cadáveres em morte cerebral e dadores vivos:

Tabela 2. Critérios específicos de exclusão

Órgão	Critérios Clínicos	Dados Complementares
Coração	Cardiomiopatia; Doença valvular; Estenose aórtica; Doença Congénita; Hipertensão arterial crónica severa	Electrocardiograma, Ecografia, Cateterismo anormais; CPK-MB > CPK x 0,1; Hipoxia prolongada
Pulmões	Edema pulmonar; massagem cardíaca aberta	Rx tórax anormal; Cultura de expectoração positiva; PO ₂ <60 mmHg com FiO ₂ >0,4
Fígado	História de hepatopatia; exposição a tóxicos hepáticos	Hipoxémia prolongada; Protombina, Trombina, GOT, GPT elevadas
Pâncreas	Diabetes mellitus; Pancreatite	Amilase muito elevada
Intestino Delgado	Lesão abdominal penetrante	
Rins	Pielonefrite; História de doença renal; Diurese < 0,3 ml/Kg/h > 4h	Piúria; Bacteriúria; BUN e creatinina aumentadas

Em relação à colheita de tecidos, todo o cadáver que faleceu no hospital e durante um período inferior a seis horas desde a sua morte, pode ser considerado dador de tecidos, especificamente de córnea e ossos, desde que não tenha manifestado junto ao Ministério da Saúde a sua qualidade de não dador (Ministério da Saúde, 2007b). Os tecidos podem extrair-se de dadores cadáveres ou de dadores vivos. Os critérios gerais de doação a ter em conta são os mesmos que os utilizados na colheita de órgãos.

Com o aumento do número de pacientes em lista de espera tem-se alargado a idade para além do limite estipulado. Também algumas infecções podem ser tratadas num dador em morte cerebral, antes de se fazer a colheita dos órgãos, tornando-o desta forma viável.

O transplante de órgãos sólidos, a partir da década de 80, deixou de ter um carácter experimental e passou a ser uma importante opção terapêutica para pacientes portadores de doenças terminais, nos quais os tratamentos convencionais não são eficazes e frequentemente a única alternativa, segundo

Magalhães *et al.* (2004). Os resultados dos transplantes tem melhorado ao longo dos tempos com o evoluir da cirurgia, anestesia, conhecimentos de imunologia e farmacologia entre outros. Importa, assim, descrever alguns factos históricos relacionados com os transplantes, possibilitando uma melhor compreensão do desenvolvimento científico dos transplantes, desde a sua fase experimental até à sua fase clínica.

2.2. Antecedentes Históricos da Transplantação de Órgãos

A evolução dos transplantes está repleta de marcos históricos que contribuíram para a sua determinação como terapêutica médica e para o impacto que assumem actualmente na prestação de cuidados de saúde (Barcelos, 2009).

Os primeiros relatos das práticas de transplantação remontam aos séculos VI e V a.C. e referem-se a cirurgias indianas que realizariam enxertos de pele. Garcia (1996) refere que o cirurgião hindu Sushruta terá sido o pioneiro na reconstrução de orelhas e narizes.

O termo transplante foi utilizado pela primeira vez por John Hunter cirurgião Inglês, em 1778, segundo Barnard (1967), ao descrever as suas experiências com enxertos de ovários e de testículos em animais não relacionados. O transplante de órgãos surgiu como um grande desafio, exigindo profundos conhecimentos sobre o sangue e sobre a anatomia humana.

Em 1901 foram identificados os diferentes grupos sanguíneos do sistema ABO, pelo austríaco Karl Landsteiner (Barcelos, 2009). Este sistema ABO veio constituir um elemento fundamental para o domínio específico da

transplantação. Tal importância estava relacionada com a necessidade de haver uma compatibilidade entre os grupos de sangue do dador e do receptor, possibilitando a circulação sanguínea e o funcionamento dos órgãos após o transplante. No entanto, o conhecimento sobre o sangue não era ainda suficiente para garantir o sucesso dos enxertos. Tornava-se indispensável um maior desenvolvimento das técnicas de cirurgia.

De acordo Pereira (2004), em 1902, Ullmann, em Viena, realizou o primeiro autotransplante de rim nos vasos do pescoço de um cão. Em 1906, Carrell realizou um alotransplante renal num cão utilizando novas formas de sutura vascular. Nesse mesmo ano, Jaboulay tenta sem êxito transplantar rins de animais em seres humanos. Já em 1910, Unger, professor de cirurgia em Berlim, descreveu o transplante de rins de um primata num homem (Toledo e Palma, 1999). Ao mesmo tempo, Carrell realizou transplantes experimentais de rins, tiróides, paratiróides, coração e ovários, sendo posteriormente reconhecido pelo seu trabalho com o prêmio Nobel da Medicina em 1912 (Andreu & Torregrosa, 1993).

Muitas outras experiências ocorreram ao longo dos anos pelo mundo, com o conseqüente aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, nomeadamente em 1933, Voronoy, cirurgião ucraniano, realizou o primeiro alotransplante renal num homem a partir de um dador cadáver. Infelizmente o rim não funcionou porque foi retirado do dador seis horas após a paragem cardíaca e o receptor morreu quarenta e oito horas depois, segundo Starzl *et al.* (1963).

A 23 de Dezembro de 1954, Joseph Murray (Prêmio Nobel da Medicina em 1990), efectuou o primeiro transplante renal com êxito, entre gémeos idênticos, no Hospital Brigham and Women em Boston (Ripoll, 2008). Já em 1959, em

Boston, realizou-se o primeiro transplante entre gémeos dizigóticos. Em 1960, em Paris, realizou-se o primeiro transplante entre irmãos não gémeos (Caballer, 2001). Posteriormente, em 1961 foi realizado o primeiro transplante cardíaco, por Lower e Shummway, mas sem êxito (Andreu & Torregrosa, 1993).

Quase uma década depois do transplante pioneiro de rim, em Março de 1963, Starzl realizou o primeiro transplante de fígado (Pereira, Filho, Chapchap, Filho & Linhares Furtado, 2004). Nesse mesmo ano, Hardy, na Universidade de Misissipi realizou o primeiro transplante pulmonar no ser humano, mas sem êxito pois o receptor apenas sobreviveu durante dezoito dias (Hardy, Webb, Dalton & Walker, 1963) e na Bélgica, Alexandre, realizou o primeiro transplante renal a partir de um cadáver em situação de morte cerebral, embora com uma curta sobrevivência do receptor (López-Navidad, 1997).

Ao longo dos últimos vinte e cinco anos o progresso do transplante renal foi constante e a mortalidade diminuiu notavelmente (Andreu & Torregrosa, 1993). Assim, a experiência obtida com o transplante renal possibilitou a expansão e o progresso do transplante de outros órgãos.

O primeiro transplante de pâncreas em seres humanos foi realizado em 1966 por Kelly e colaboradores em Minnesota (Kelly, Lillehei, Merkel, Idezuki & Goetz, 1967). Também nesse mesmo ano foi feita a primeira tentativa de transplante de intestino, por Lillehei (Pereira, 2004). No ano seguinte, em 1967, foi realizado o primeiro transplante de coração com êxito, por Barnard, cirurgião cardíaco (Barnard, 1967).

Posteriormente em 1981, Reitz realiza na Califórnia, o primeiro transplante de coração-pulmão (Reitz *et al.*, 1982) e em 1983, em Toronto, é realizado o primeiro transplante de pulmão único com sucesso (Lopes, Ribeiro & Pereira, 2004).

Paralelamente a estes transplantes a farmacologia desenvolvia drogas que ajudariam no processo de não rejeição do órgão transplantado, actualmente designados por imunossuppressores. E no final dos anos 60, os médicos descobriram uma maneira de realizar transplantes entre pessoas que não fossem parentes através da supressão da reacção imunológica do receptor com medicamentos imunossuppressores. A grande dificuldade era a grande toxicidade dos próprios medicamentos. Entre os riscos de infecções e dos medicamentos imunossuppressores, a maioria dos pacientes de transplantes não viviam muito após a operação. Felizmente em 1976 a perseverança de Borel e colaboradores permitiu o desenvolvimento de um agente imunossupressor muito potente, a ciclosporina, que começou a ser usada clinicamente pelo Professor Calne, em Cambridge, num estudo piloto (Calne *et al.*, 1978). O sucesso da ciclosporina na prevenção da rejeição de órgãos foi demonstrado num transplante de fígado realizado por Thomas Starzl, em Pittsburgh. O uso da ciclosporina foi subsequentemente aprovado em 1983 na prevenção da rejeição de transplantes (Upton, 2001). Assim, nos anos 80, os medicamentos anti-rejeição melhoraram tanto que a cirurgia de transplante tornou-se menos arriscada do que havia sido em décadas anteriores, as taxas de sobrevivência aumentaram e vários programas foram reactivados pelo mundo. Muitos outros factos e contribuições experimentais, a nível mundial,

foram importantes e contribuíram para o sucesso crescente dos resultados na área da transplantação.

Em Portugal, os transplantes de órgãos começaram na década de 70, concretamente a 20 de Julho de 1969, em Coimbra, foi efectuado o primeiro transplante renal por Linhares Furtado, segundo Pereira (2004), que teve êxito imediato, mas pouco tempo depois o doente perdeu o enxerto. Cerca de dois meses depois uma equipa liderada pelo Cirurgião Viana Barreto realiza dois transplantes renais de dador vivo, mas sem sucesso. Estas iniciativas não tiveram continuidade porque no país não existiam laboratórios de histocompatibilidade, não existia legislação que regulamentasse as colheitas e transplantes de órgãos (Mota, 1996). Segundo o referido autor, em 1976, Portugal já dispunha de condições para iniciar as transplantações de órgãos pois foi publicado o Decreto-lei n.º 553/76, que na altura era uma Lei considerada das mais avançadas da Europa e já dispunha de três centros de histocompatibilidade (Porto, Coimbra e Lisboa). Assim, a 30 de Junho de 1980 reiniciaram-se as transplantações renais, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, uma equipa liderada por Linhares Furtado realizou a primeira colheita de rins de um cadáver, transplantaram um rim e enviaram o outro rim para o seu colega João Pena, em Lisboa, que o transplantou. Três anos depois, no Porto, a equipa de Dr. Mário Caetano Pereira e da Dr.^a Eva Xavier iniciou o seu programa de transplantação renal (Mota, 1996). O percurso efectuado nestes primeiros anos não foi fácil criando dificuldades acrescidas ao progresso da transplantação no nosso país, tendo sido os doentes os mais prejudicados. Para Mota:

a competência técnico-científica dos profissionais envolvidos nos diferentes programas de transplantação nacionais, o empenhamento e a sua consciência de valores deontológicos, éticos e morais permitiram que se fossem ultrapassando as diferentes barreiras, e que a transplantação no nosso País fosse o que é hoje em dia (1996, p. 30).

Nas décadas de 80 e 90, houve também desenvolvimento de transplantes de outros órgãos como o fígado, coração e pulmão, sendo que a 18 de Fevereiro de 1986, Queiroz e Melo e a sua equipa realizaram o primeiro transplante cardíaco, no Hospital de Santa Cruz (Gamito, 2008).

Em 1988, Linhares Furtado em Coimbra e João Pena em Lisboa realizaram as primeiras transplantações hepáticas que não tiveram sequência posteriormente (Mota, 1996), sendo retomadas com carácter rotineiro em Setembro de 1992 pela equipa de Rodrigues Pena, considerado por Gamito (2008) como o primeiro transplante de fígado.

Em 1993 realizou-se o primeiro transplante do pâncreas, em Coimbra, por Linhares Furtado e no ano seguinte o mesmo cirurgião efectuava uma transplantação simultânea de rim e pâncreas (Mota, 1996).

Em 2001 foi realizado o primeiro transplante isolado de pulmão (Araújo, 2008).

Depois dos órgãos, vieram os tecidos, as córneas, os ossos, os ligamentos. O transplante de medula óssea começou a realizar-se em Portugal na segunda metade dos anos 80. Actualmente, em Portugal são efectuados transplantes de rim, pâncreas, coração, pulmão, fígado, pele, válvulas, vasos, peças osteoarticulares, membrana amniótica, córnea, medula óssea e células

reprodutoras. As unidades de transplantação situam-se no Porto, Coimbra e Lisboa.

A separação entre o conceito de morte e a colheita de órgãos para transplantação é um dos aspectos essenciais na medida em que, se tal não for feito, pode ficar subjacente uma perspectiva utilitarista do homem, o que fere alguns dos principais alicerces da nossa sociedade (Veiga, 2004). No capítulo seguinte será clarificado o conceito de morte cerebral.

2.3. Morte Cerebral

Nas últimas décadas os avanços tecnológicos, como ventiladores, ressuscitadores cardíacos e medicamentos em Unidades de Cuidados Intensivos, possibilitaram o prolongamento da vida por tempo indeterminado. Estima-se que a taxa de morte cerebral em Unidades de Cuidados Intensivos seja cerca de 14% do total hospitalar, enquanto a taxa geral a nível hospitalar corresponde a 2-3% (Marín, 2008). Como já foi referido, os dadores de órgãos por excelência são dadores cadáveres gerando-se assim um problema de definição da morte.

Na antiguidade o coração era considerado um órgão nobre e essencial à vida. No Egipto não se conservava o cérebro no processo de mumificação porque não era considerado um órgão nobre. Aristóteles considerava o cérebro como um mero interveniente no processo de arrefecimento sanguíneo. Esta ideia permaneceu até à Renascença, mesmo que alguns humanistas atribuíssem ao cérebro um papel regulador. No século XII um rabi verificou que os corpos tinham morte imediata apesar de apresentarem breves movimentos,

esses movimentos não eram sinal de vida porque lhes faltava a orientação central. Surge assim o conceito centralista em relação ao cérebro, considerando-o como um órgão nobre de vida e de morte. Outros estudos ocorreram ao longo dos tempos e mais tarde, em meados do século XIX surge o conceito em que consideram três órgãos nobres, o coração, os pulmões e o cérebro (Gonçalves & Alcobia, 2008). Em Portugal, nesse século, as autoridades públicas exigiam a observação dos cadáveres, por um período de 48 horas, antes de se proceder aos ritos fúnebres e posterior inumação (Lima citado por Cruz, 2003). A partir dos anos cinquenta e devido ao avanço da Medicina, com o surgimento das UCI e o desenvolvimento de sistemas capazes de manter artificialmente as funções de respiração e circulação, começam a surgir os primeiros casos clínicos de coma profundo com lesão cerebral irreversível, o que levou a uma nova concepção de morte: morte do sistema nervoso (Escalante, 1996; Tejeda & Sánchez, 2000).

De acordo com Franco (2004) a morte foi definida ao longo dos tempos como uma perda definitiva das funções respiratória e cardíaca e passou a ter facetas novas e diversas de tudo o que conhecíamos (Carneiro, 2008). Segundo este autor, na segunda metade do século XX a Medicina evoluiu imenso e entre as grandes conquistas que abriram novas perspectivas no tratamento de doenças, previamente fatais, inclui-se a capacidade para substituir e/ou suportar artificialmente funções essenciais à vida e substituir órgãos vitais. O desenvolvimento de novas técnicas de ressuscitação e de suporte avançado para o atendimento de pacientes críticos foram outros dos factores que influenciaram o conceito de morte cerebral ao longo destes últimos anos (Terra *et al.*, 1994). Desta forma, segundo Walker (1978) foram

definidos critérios de morte cerebral para se poder demonstrar a irreversibilidade do estado de morte cerebral. No entanto, para poderem ser aplicados com segurança, é necessário que se cumpra os seguintes requisitos (Cruz, 2003):

- O doente tem de estar em coma profundo (Glasgow 3). A causa do coma deve ser conhecida, bem como a irreversibilidade da situação clínica, o que normalmente se infere da história e exame físico, ou através de intervenção neurocirúrgica, bem como pelos exames imagiológicos efectuados, com destaque para a tomografia axial computadorizada (TAC) cerebral;
- É obrigatório excluir-se a presença de qualquer substância tóxica (como por exemplo o álcool), a utilização de fármacos depressores do sistema nervoso central (SNC) ou bloqueadores neuromusculares, hipotermia corporal (se a temperatura central, esofágica ou rectal, for inferior a 35 °C) ou alterações electrolíticas, metabólicas ou endócrinas significativas, que justifiquem o coma e condicionem o resultado das provas de morte cerebral.
- Ausência de respiração espontânea (necessidade de ventilação mecânica).

Estes critérios baseiam-se na escola inglesa, com a demonstração da cessação irreversível das funções do tronco cerebral e encontram-se desde 1998 publicadas no Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral. Segundo o referido guia, o uso de meios complementares de imagem é indispensável na determinação à confirmação do diagnóstico da doença ou à clarificação da causa da morte. Da mesma forma que a aplicação dos critérios clínicos, em

princípio, é suficiente para o diagnóstico da morte cerebral (Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral, 1998). Os testes confirmatórios são executados na impossibilidade em executar algum passo do diagnóstico clínico, por exemplo de testar algum reflexo do tronco devido a traumatismo facial, ou para diminuir o tempo entre as observações (Pita & Carmona, 2004).

A legislação em vigor na maioria dos países, sobre esta temática, reflecte diferentes correntes de opiniões:

- A confirmação clínica da morte do tronco cerebral é condição necessária e suficiente para se declarar a morte da pessoa, recorrendo-se a exames complementares de diagnóstico em casos excepcionais (Wijdicks, 2002), que é o caso de Portugal, do Reino Unido e Austrália.
- A definição de morte cerebral adoptada é a de morte cerebral total, é obrigatória a obtenção de um registo isoelectrico no electroencefalograma (EEG) para se diagnosticar o óbito, são exemplo a Espanha, Alemanha ou Itália (Paolin *et al.*, 1995).
- É necessária a confirmação da ausência de circulação intracraniana, demonstrada pela arteriografia cerebral, antes de se estabelecer o diagnóstico de morte cerebral. Por exemplo o caso da Noruega (Paolin *et al.*, 1995).

A necessidade de determinação e certificação de morte cerebral surgiu devido à evolução das técnicas médicas, nomeadamente de reanimação, de suporte ventilatório e hemodinâmico ao longo dos anos. A própria definição de morte mudou e actualmente a definição de morte cerebral encontra-se regulamentada pelo Decreto de Lei 12/93 art. 12º, sendo definida como a

“cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade” (Ministério da Saúde, 1994a, p.6160). A morte é definida pela morte do tronco cerebral e não pela paragem do coração e da respiração. Assim, quando se confirma a morte do tronco cerebral (que é a parte do cérebro que controla o funcionamento dos órgãos essenciais para a vida) declara-se a morte para essa pessoa, sendo possível que, nesse momento, todos os restantes órgãos estejam viáveis e a funcionar (à custa de medicamentos, máquinas e tratamentos), de acordo com Carneiro (2008).

De acordo com a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12 da Lei n.º12/93, de 22 de Abril (Ministério da Saúde, 1994a, p.6160) a certificação de morte cerebral estabelece condições para que possa ser efectuado o diagnóstico de morte cerebral, nomeadamente:

- 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- 3) Ausência de respiração espontânea;
- 4) Constatação da estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endocrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

Na referida declaração da Ordem dos Médicos o diagnóstico de morte cerebral também implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- a) Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
- b) Reflexos oculocefálicos;
- c) Reflexos oculovestibulares;
- d) Reflexos corneopalpebrais;
- e) Reflexo faríngeo.

Deve ser também realizada a prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

A verificação da morte requer a realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas de morte cerebral com intervalo adequado à situação clínica e à idade, normalmente com a duração de duas a seis horas; a realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário; a execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos) e nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

Também o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1995) defende que o critério de morte cerebral definido pela irreversibilidade das funções do tronco cerebral deve ser o adoptado, pelas seguintes razões:

- Só as estruturas nele existentes permitem a integração das diferentes funções vitais e permitem, portanto, a unidade e reacção que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo;

- Em indivíduos inconscientes, a disfunção irreversível do tronco cerebral é de avaliação mais rápida, fiável e segura do que a das restantes estruturas, nomeadamente as talâmicas e corticais;
- Não é aceitável admitir como critério de morte o mau funcionamento, ou mesmo o não funcionamento (próteses ventilatórias e cardíacas) de órgãos que podem ser substituídos por transplantes.

Para Cruz (2004) a integridade do tronco cerebral é fundamental para muitas das funções orgânicas vitais, pelo que a lesão definitiva e global implica a cessação da actividade cerebral e por conseguinte a morte da pessoa. O conceito de morte cerebral não surgiu por mera conveniência para satisfazer a necessidade de órgãos, mas sim como resultado da evolução dos conhecimentos da Medicina. Se no futuro existirem novas formas de obtenção de órgãos, como a clonagem ou a xenotransplantação, irão continuar a existir situações de morte cerebral em doentes internados nas Unidades de Cuidados Intensivos, que serão desligados do ventilador após a confirmação do óbito, de forma a favorecer uma correcta gestão dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

Os transplantes tocam assim uma série de questões essenciais e envolvem um conjunto de direitos fundamentais, por isso existem critérios legislados para a utilização dos órgãos de dadores vivos e de dadores cadáveres, que serão descritos no capítulo seguinte.

3. O TRANSPLANTE DO PONTO DE VISTA LEGAL

Todo o processo de doação de órgãos é objecto de um enquadramento normativo, nacional e internacional, e no caso de dadores mortos, a possibilidade de se proceder à colheita de órgãos tem de ser baseada na sua vontade expressa em vida. Foi em parte devido a esta razão que surgiu a necessidade de se elaborarem leis que regulamentassem esta questão, da mesma forma que nem todas as pessoas que morrem podem ser dadoras, mas sim uma pequena parte, pois durante a vida as pessoas foram sujeitas a agressões e têm alterações nos órgãos, o que muitas vezes as torna incompatíveis com a transplantação. As normas existentes em relação à doação de órgãos pretendem, segundo Romeo (1996):

- Facilitar a obtenção de órgãos para posterior transplante;
- Proteger adequadamente os direitos do dador e do receptor;
- Indicar juridicamente os limites dos profissionais médicos e autoridades sanitárias.

Peces-Barba citado em Caballer (2001) refere a existência dos seguintes modelos que regulamentam juridicamente esta temática:

1. Proíbe o transplante de órgãos entre vivos e só autoriza a extracção de cadáveres com fins de investigação, como por exemplo os Países de religião muçulmana de África e da Ásia;

2. Com legislação que regula a doação e transplante de órgãos, com 4 sub-modelos:

A – sistema que aceita a doação tanto de pessoas vivas com de cadáveres, seguido pela maioria dos países europeus;

B – sistema que só permite a doação de cadáveres e só aceitam a doação de órgãos entre vivos de forma restritiva, como o caso da Reino Unido e dos EUA;

C – sistema que parte da necessidade de consentimento do dador ou da sua família (consentimento explícito ou informado);

D – sistema em que o estado considera a vontade do dador em doar os órgãos, considerando-se como uma atitude intervencionista (consentimento presumido).

Estes dois tipos de consentimento presumido e explícito diferem na maneira como as pessoas expressam a sua vontade e têm em comum o direito de se dar prioridade à vontade do falecido durante a vida. Assim, no consentimento presumido pode-se proceder à extração de órgãos e tecidos a toda a pessoa que não deixou indicação expressa da sua oposição na doação de órgãos e no consentimento explícito a pessoa deve manifestar em vida de forma verbal e por escrito a sua vontade de quando falecer os seus órgãos e tecidos serão extraídos com finalidade terapêutica.

Matesanz (1999), na tabela 3, apresenta a distribuição de alguns países de acordo com o tipo de consentimento.

Tabela 3. Tipos de consentimento em diferentes Países (Matesanz, 1999)

Consentimento Presumido	Teoricamente consentimento presumido mas praticamente consentimento informado
Finlândia Portugal Áustria Suécia República Checa República Eslovaca Hungria Polónia	Espanha Itália Grécia Bélgica Luxemburgo França
Consentimento Informado	Sem legislação. Praticamente consentimento informado
E.U.A. América Latina Reino Unido Irlanda Dinamarca Holanda Alemanha	

3.1. Modelo Português

Legalmente, a primeira disciplina relativa à colheita de órgãos e tecidos em cadáveres remonta a 1964. A primeira legislação existente em Portugal em relação à transplantação de órgãos data de 1976. Nesse ano é aprovado o Decreto de Lei n.º 553/76, de 13 de Junho art. 18º, que vigorou até há relativamente pouco tempo. Este Decreto de Lei estabelecia amplos princípios para a utilização de órgãos para transplante, mas apresentava algumas lacunas, nomeadamente o facto de não prever uma eventual recusa para a doação. Era uma legislação que essencialmente visada a possibilidade dos médicos não procederem à colheita quando, por qualquer forma, lhes fosse dado conhecimento da oposição do falecido. Da mesma forma não seria lícito revelar à família do falecido a aplicação concreta dada aos tecidos ou órgãos colhidos.

Posteriormente a 22 de Abril de 1993 foi publicada a Lei 12/93 que regulamenta a Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana.

Segundo este Decreto de Lei “são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores” (Ministério da Saúde, 1993, p.1962).

A lei pronuncia-se, no que diz respeito à colheita de dadores, relativamente a potenciais dadores, ao registo nacional, à certificação da morte, a formalidades de certificação e aos cuidados a observar na execução da colheita. A legislação opta por considerar como potenciais dadores todos aqueles que não tenham manifestado ao Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores. Segundo esta legislação a confidencialidade e a gratuidade são um pilar, descritos no 4.º e 5.º artigo respectivamente. O anonimato do dador e do receptor também está previsto, proibindo assim a revelação da identidade de ambos.

Surge assim, a criação do RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores), que é um sistema informatizado, onde se encontram todos os que manifestaram junto do Ministério da Saúde a sua total ou parcial indisponibilidade em doar *post mortem*, certos órgãos ou tecidos.

Também considera que dador multiorgânico é qualquer doente que esteja em situação de morte cerebral desde que:

- a) Não esteja inscrito no RENNDA;
- b) Não seja portador de doença neoplásica com potencial metástico ou infecciosa;

- c) Seja cidadão nacional ou resida há mais de 6 meses em Portugal;
- d) No caso de cidadãos com outra nacionalidade deve ser solicitada autorização à família para a colheita de órgãos e tecidos.

Para que um indivíduo seja considerado presumível dador é necessário comprovar a morte cerebral do mesmo, regulamentada pelo Decreto-Lei 12/93 art. 12º: “a certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade” (Ministério da Saúde, 1994a, p.6160).

Assim, na colheita de órgãos *post mortem*, a recolha de órgãos e tecidos é unicamente ilegítima quando o dador tiver manifestado a sua oposição em vida. A indisponibilidade para doar é feita através da inscrição pessoal no RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores).

Em 1994, o Decreto de Lei 244/94 veio regulamentar a existência de um registo nacional de não dadores, assim como a existência de um cartão individual de não dador. No referido documento legal, nos seus artigos 2º e 3º, é referida:

A total ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de certos órgãos e tecidos (...) é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENNDA, mediante o preenchimento adequado pelos titulares ou representantes legais de impressos tipo, em triplicado (...) a inscrição no RENNDA produz efeito decorridos quatro dias após a recepção do impresso (Ministério da Saúde, 1994b, p.5781).

Ainda segundo o referido Decreto de Lei, todos os profissionais que no seu exercício tenham acesso aos dados do RENNDA ficam obrigados a manterem o sigilo profissional mesmo depois de cessarem as suas funções.

Assim, à luz da lei actual, é de facto inaceitável, sob o ponto de vista ético, a extracção de órgãos para transplante, se o falecido tiver previamente declarado a sua indisponibilidade. Nestes casos, em que a colheita de órgãos é feita em cadáveres, continua-se a discutir o direito da família se recusar à colheita. A lei actual opta pela oposição ao considerar que têm de ser os não dadores a manifestarem a sua vontade. Pelo que alguns autores defendem que assim pode não estar a ser feita a vontade real do cadáver, mas antes a sua vontade presumida. A lei não faz qualquer referência à família como passível de desempenhar um papel de expressão de vontades do falecido, excepto em caso de menores e pessoas incapazes. No entanto, as doações de órgãos de cadáveres só podem ser uma realidade tendo em conta a abordagem que os profissionais de saúde façam perante os familiares do falecido, caso este não tenha manifestado em vida a sua indisponibilidade para a doação de órgãos, pois perante a recusa da família o médico tende a respeitar essa vontade, não avançando com o processo.

Em relação à doação de órgãos em vida, a Lei 12/93 de 22 de Abril, apenas previa a doação de órgãos entre familiares até ao 3.º grau. Actualmente, a Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, permite que qualquer pessoa, como cônjuges ou amigos, seja dador de órgãos em vida. Independentemente de existir relação de consanguinidade. A vantagem da doação em vida é que um órgão de um dador vivo é transplantado minutos depois de ter sido extirpado e alguns órgãos apenas sobrevivem poucas horas fora do corpo humano. Actualmente é

feita doação em vida de rins, medula óssea, de fígado e de tecido pulmonar. Sendo que a mais comum é a de rim, pois como o corpo tem dois rins o mesmo pode funcionar só com um. Na doação de medula são transplantadas células que se regeneram. Em Portugal existe um banco de doadores voluntários de medula óssea (CEDACE -Centro Nacional de Doadores de Células de Medula Óssea, Estaminais ou de Sangue do Cordão). Em relação ao fígado e tecido pulmonar são feitos transplantes de fracções de fígado e de tecido pulmonar provenientes de doadores vivos (www.asst.min-saude.pt).

Perante um paciente em morte cerebral, e após a realização de um primeiro teste que confirme esta situação, é necessário identificar se o paciente reúne ou não os critérios para ser dador de órgãos e posteriormente iniciar um processo de doação de órgãos, que será descrito no capítulo seguinte.

4. PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DE DADORES CADÁVERES

Um só dador pode resolver o problema de vários pacientes e para que um potencial dador cadáver se converta num dador de órgãos e tecidos é uma tarefa de responsabilidade que não só afecta os médicos dos cuidados intensivos e urgências como todos os outros profissionais de saúde. O trabalho não é finalizado com o diagnóstico da morte cerebral, mas é nesse momento que se deve considerar o cadáver como possível dador e dirigir todo o esforço para a manutenção do cadáver em condições óptimas de perfusão e oxigenação para melhorar a viabilidade dos órgãos que posteriormente poderão ser transplantados.

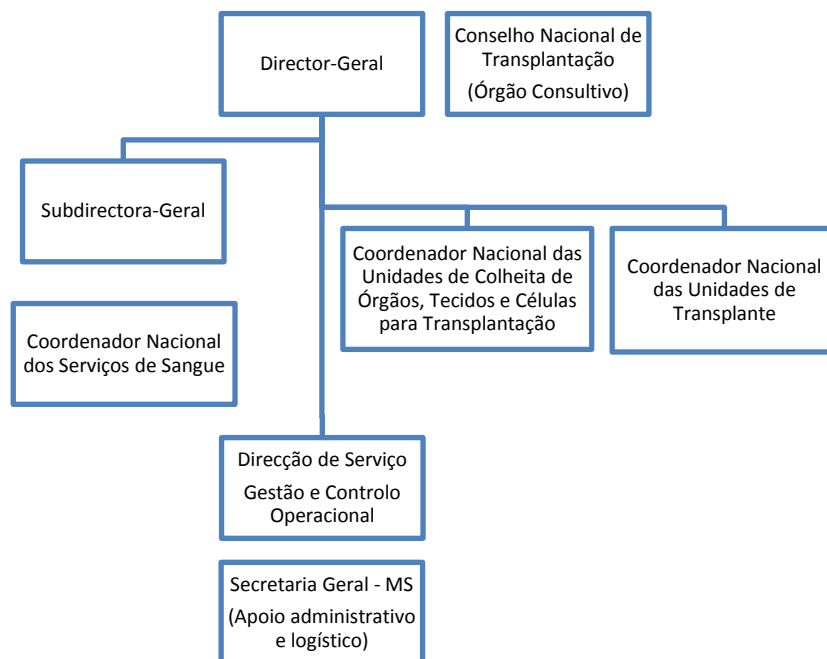
Assim, para transplantar é necessário que se proceda à colheita de órgãos ou tecidos num dador. Enquanto o sangue destinado à transfusão pode ser conservado a longo prazo sem sofrer alterações, os tecidos dos órgãos só podem ser conservados inalterados e manter-se adequados para o transplante por pouco tempo. A organização da colheita de órgãos exige assim um conjunto de atenções e preparações complexas, quer quando se dá em vida, quer quando se dá em cadáver. Neste último caso, além de ser certificada a morte cerebral do dador cadáver, o transplante tem de ser organizado num curto espaço de tempo (Sgreccia, 2009). Para tal organizam-se centros de informação rápida e de transporte tanto a nível nacional como internacional que

fazem a ponte e facilitam a comunicação entre o Hospital dador e o Hospital receptor de forma a tornar todo o processo viável.

4.1. Organização do Sistema Português de Transplantes

As actividades de colheitas de órgãos em Portugal remontam a 1986, mas já em 1976 tinha sido constituído um grupo de trabalho na área da transplantação no Ministério dos Assuntos Sociais. Posteriormente foi criado a Lusotransplante, passando pela Comissão Nacional de Diálise e Transplantação, que viria a separar-se na Comissão Nacional de Diálise e na Organização Portuguesa de Transplantação (OPT) que desenvolveu actividades entre Setembro de 1986 até Maio de 2007. A 29 de Maio de 2007 (Diário da República, 1.^a série – N.º 103, 29 Maio 2007) foi criada a Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST), que é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração directa do Estado, dotado de autonomia administrativa, que é responsável pela coordenação dos transplantes no nosso país e cuja estrutura está descrita na figura 1. Compete à ASST, na área da transplantação, regulamentar e fiscalizar a actividade de colheita, análise, manipulação, preservação, armazenamento e distribuição de órgãos, tecidos e células de origem humana (www.asst.min-saude.pt).

Figura 1. Estrutura da ASST (www.asst.min-saude.pt)



A 9 de Maio de 2008 foi regulamentada a Rede nacional de coordenação de colheita e transplantação através da Portaria n.º 357/2008. De acordo com a referida Portaria, ao Coordenador Nacional das Unidades de Colheita de Órgãos, Tecidos e Células para transplantação, Dr.^a Maria João Aguiar, compete a dinamização, regulação, normalização, controlo e fiscalização da actividade desenvolvida pela rede. Esta Portaria actualizou a configuração dos Gabinetes de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação (GCCOT) tal como consta do Despacho n.º 257/96, passando a designar-se por Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT), tendo como objectivo dotar esses gabinetes das condições necessárias à eficaz organização da actividade que desenvolvem e à melhoria da resposta às necessidades dos doentes a aguardar transplantação (Ministério da Saúde,

2008). Esta rede de colheita funciona com base em cinco grandes hospitais, em cada um desses hospitais situa-se um Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT). Estes Gabinetes são estruturas autónomas dotadas de recursos humanos especializados na área da coordenação de colheita e transplantação. São formados por equipas multidisciplinares que funcionam permanentemente dispondo de um sistema que garante uma resposta eficaz quando é referenciado um potencial dador em qualquer hospital. Cada GCCT é dirigido por um director, nomeado pelo Conselho de Administração do respectivo Hospital sob proposta da ASST, com competência na área da saúde e da transplantação e formação específica na área da coordenação de colheita de órgãos, tecidos e células para transplantação. Encontram-se distribuídos na zona Norte, Centro e Sul do País, especificamente no Hospital de São João (Porto), Hospital Geral de Santo António (Porto), Hospitais da Universidade de Coimbra (Coimbra), Hospital São José (Centro Hospitalar de Lisboa Central – Lisboa) e Hospital de Santa Maria (Lisboa). Por cada GCCT existem Hospitais dadores afectos onde é autorizada a colheita de órgãos (Ministério da Saúde, 2008). No Algarve são dois os Hospitais que colaboram com o GCCT de São José em Lisboa: o Hospital de Faro E.P.E. e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

A Portaria n.º 357/2008 definiu uma rede de Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD) cuja principal função é a detecção e validação de potenciais dadores cadáveres no Sistema Nacional de Saúde. Esta Portaria nomeou quarenta e três CHD em trinta e sete Centros Hospitalares. O Coordenador Hospitalar de Doação após a detecção do dador dá conhecimento disso ao seu Gabinete Coordenador para a futura validação do mesmo como dador. Por sua

vez o Gabinete Coordenador consulta o RENNDA e providencia o envio de sangue e gânglios do dador para tipagem e outras análises no Centro de Histocompatibilidade (existem três no País: Porto, Coimbra e Lisboa). Estes centros fazem estudos imunológicos e de compatibilidade para transplantação do potencial dador cadáver de órgãos e tecidos referenciados pelos Gabinetes de Coordenação e Colheita. São assegurados por uma equipa composta por Técnicos Superiores de Saúde e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e funcionam todos os dias do ano. Com os resultados de virologia negativos e uma vez feita a tipagem tecidular, os resultados desta tipagem do dador são introduzidos na base de dados LUSOT 2000 e o computador, com base nestes resultados da tipagem do dador e de todos os doentes em lista de espera, vai seleccionar os possíveis receptores, por ordem decrescente, com base nas melhores compatibilidades e tendo em consideração o que é definido por lei, como é o caso da selecção do par dador receptor para transplantação renal e córnea. Todos os doentes renais e córnea em lista de espera têm soros arquivados no Centro de Histocompatibilidade. Por outro lado a aplicação informática LUSOT 2000 guarda toda a informação referente à tipagem tecidular, a sensibilização Anti-HLA (Antígenos Leucocitários Humanos), tempo de espera, idade, estudos de virologia e situação clínica do doente (fornecida pelas unidades de transplantação), entre outros dados e que no seu conjunto irão ser importantes para a escolha do par dador receptor (www.chsul.pt).

A escolha dos doentes em lista de espera para transplante de um órgão é feita segundo critérios biológicos de grupagem ABO e tipagem HLA-DR (Antígenos Leucocitários Humanos) e *cross-match* (chamado teste de prova

cruzada) de forma que os receptores sejam mais compatíveis com o dador e por isso com menores probabilidades de rejeitarem o órgão transplantado. Uma vez escolhidos os melhores receptores são contactadas as Unidades de Transplantação para que sejam contactados os doentes e se dê início à preparação para a transplantação do órgão. Este processo que decorre no Centro de Histocompatibilidade demora entre 8 a 10 horas. É ao Centro de Histocompatibilidade do Sul que recorrem os dois hospitais do Algarve para os testes de compatibilidade (www.chsul.pt).

Em princípio, a distribuição de órgãos é regional, obedecendo às áreas de influência dos cinco gabinetes, no entanto nos casos de urgência, a alocação é feita a nível nacional. Está protocolada com a Organização Nacional de Transplantes Espanhola a possibilidade de fazer apelo urgente de fígado para esse país. Assim, quando não houver para qualquer dos órgãos colhidos um receptor compatível em Portugal, os órgãos são oferecidos aos congêneres europeus (Organizações Nacionais de Transplantes preferencialmente) que podem ter oportunidade de transplantá-los (www.asst.min-saude.pt).

As normas de selecção do par dador-receptor para o transplante renal e pancreático, bem como a realização dos exames virulógicos e outros que concernem a segurança da utilização do material doado, estão descritas no Despacho n.º 6537/2007, de 3 de Abril, do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2007). Relativamente à alocação do fígado, coração e pulmão, a ASST coligiu as normas respectivas, obtido o consenso dos especialistas envolvidos (www.asst.min-saude.pt).

Também compete ao Gabinete Coordenador organizar a equipa de colheita multiorgânica com todo o material de que necessita, bem como assegurar o

transporte, da equipa, do material e dos produtos colhidos, quando o dador se encontra num hospital diferente daquele onde está o Gabinete. Outra das responsabilidades do Gabinete Coordenador é fazer chegar os órgãos aos hospitais onde vai ser feito o transplante. Cumpridas todas as formalidades e realizada a colheita, os órgãos são entregues nas unidades de transplantação para transplante no receptor que tiver sido escolhido. A complexidade da cirurgia do transplante e a impossibilidade da sua programação, sempre dependente da ocorrência de um dador, torna imperioso manter as equipas com o nível de preparação técnica necessário e a disponibilidade constante que os programas exigem (www.asst.min-saude.pt). Os órgãos não podem ser mantidos num banco de órgãos, têm de ser transplantados num curto período de horas. Para os tecidos e células utiliza-se frequentemente, um dispositivo de armazenamento, chamado banco de tecidos ou células, ficam provisoriamente acondicionados e rotulados para envio aos bancos de tecidos onde são definitivamente preparados e conservados até que algum serviço os requisite para aplicação.

São objecto de comunicação à ASST todas as colheitas de tecidos e órgãos e todos os transplantes de órgãos, medula e córnea. A certificação da realização destes transplantes é comunicada pela ASST à Administração Central do Sistema de Saúde, para disponibilização do pagamento dos incentivos aos hospitais que realizaram os transplantes (www.asst.min-saude.pt). Actualmente os órgãos transplantados em Portugal são: rim, rim + pâncreas, coração, pulmão e fígado. Os tecidos são: pele, válvulas, vasos, peças osteoarticulares, membrana amniótica e córnea. Também são transplantadas células, como precursores hematopoiéticos (medula óssea e

cordão umbilical) e células reprodutoras, mas não compete à ASST a regulamentação ou fiscalização do processo (www.asst.min-saude.pt).

Para melhor compreender a problemática da colheita e transplantação de órgãos de dadores cadáveres é importante ter conhecimento de alguns dados estatísticos referentes a esta actividade. Desta forma, no capítulo seguinte será descrita a evolução da actividade de transplantação de órgãos na última década no mundo em geral e em Portugal em particular.

4.1.1. Actividade de transplantação de órgãos

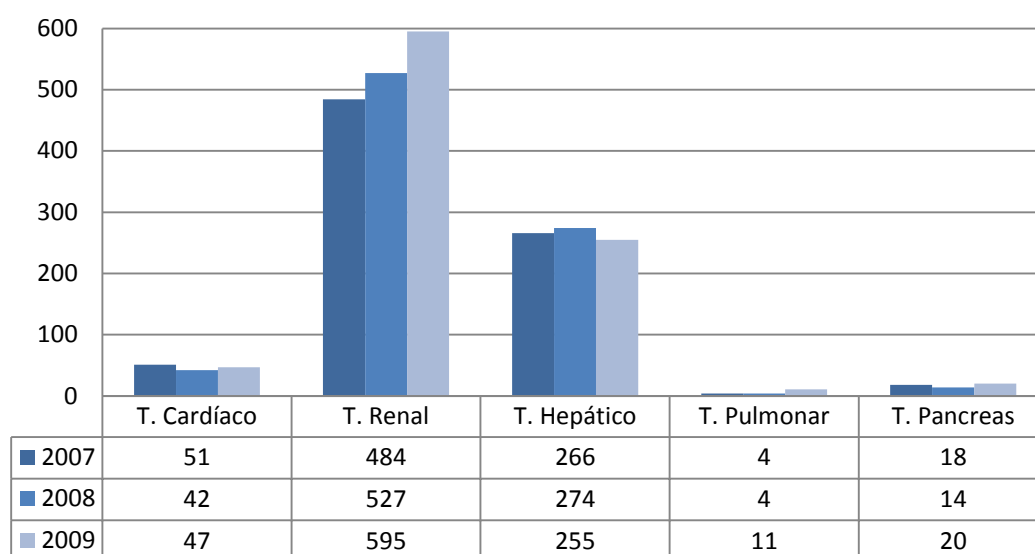
Cerca de 24 países europeus tem programas activos de transplantes. No entanto, em todo o mundo existe uma desproporção entre os órgãos disponíveis para transplantar e o número de doentes que necessitam de ser transplantados.

Dados publicados pela revista Newsletter Transplant, publicação oficial da Comissão de Transplantes do Conselho da Europa, indicam em 2005 a lista de espera para receber um transplante de órgãos na Europa aumentou cerca de 7% em relação ao ano anterior, enquanto o número de dadores aumentou apenas 4% (Council of Europe, 2006).

Em Portugal, em 2006 morreram cento e três portugueses enquanto esperavam por um transplante renal e em lista de espera estavam dois mil duzentos e noventa e três doentes. A lista de espera para transplante renal tem diminuído desde 2007, havendo um aumento da transplantação renal de 12,9% em 2009 (ASST, 2009b). Actualmente ainda não existem dados sobre a espera associada a outros órgãos, mas num futuro esta informação detalhada estará

acessível ao público, segundo Maria João Aguiar, coordenadora nacional de colheitas da ASST, citada em Mendes (2007). No entanto sabe-se que a transplantação de órgãos nos últimos três anos tem aumentado, conforme se verifica no gráfico seguinte.

Gráfico 1. Transplantação de órgãos 2007/2008/2009 em Portugal
(ASST, 2009b)



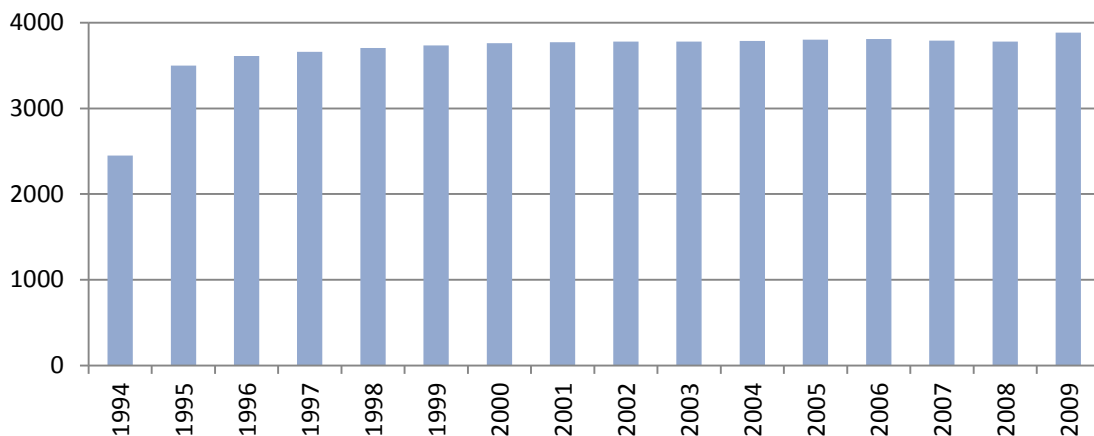
No transplante cardíaco houve um aumento de 11,9%, no transplante renal de 12,9%, no transplante pulmonar verificou-se um aumento de 175% enquanto no transplante do pâncreas o aumento foi de 42,9%. Apenas no transplante hepático houve um decréscimo de 6,9% (ASST, 2009b).

De acordo com a ASST (2009b) foram efectuados desde 1980 até 2009 oito mil setecentos e catorze transplantes renais. Desde 1988 até 2009 foram efectuados dois mil oitocentos e vinte e oito transplantes hepáticos. Quanto à transplantação cardíaca, desde 1986 até 2009 foram efectuados quinhentos e

oito transplantes. Os transplantes pancreáticos foram cento e quinze desde 1993 até 2009 e foram efectuados trinta e três transplantes pulmonares desde 1997 até 2009.

Segundo o relatório 2009 efectuado pela ASST ao todo existem trinta e sete mil quinhentos e quarenta e um portugueses que não querem ser doadores, número que a responsável pela ASST considera ser muito pequeno, revelando que os portugueses são solidários. A lei portuguesa permite, assim, o direito à não doação e em 2009 apenas 0,35% da população portuguesa se encontrava inscrita no RENNDA (ASST, 2009a).

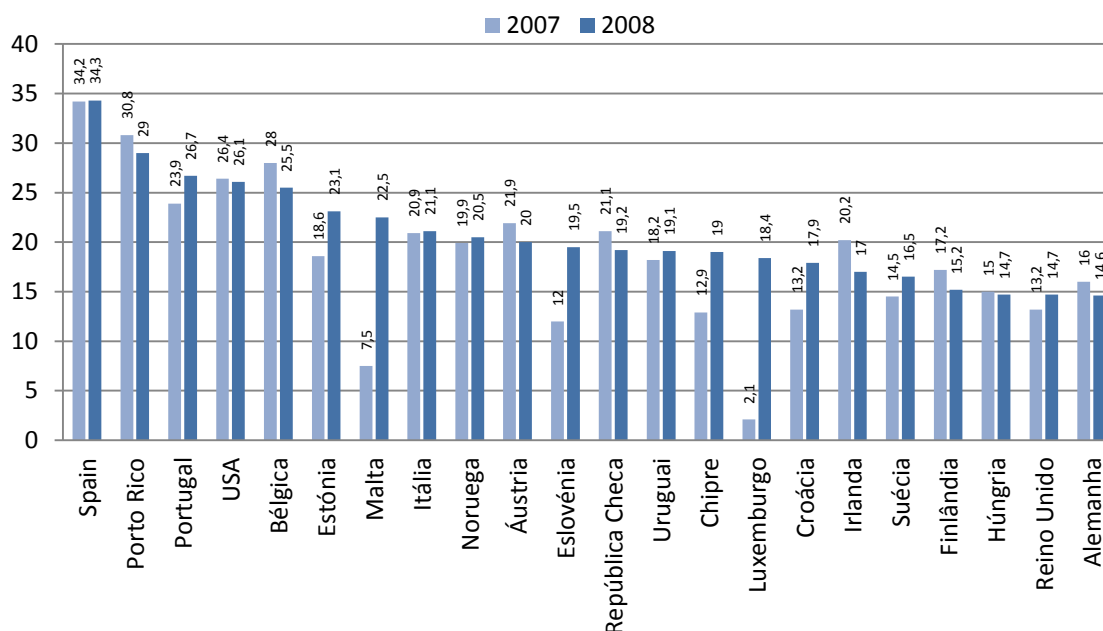
Gráfico 2. População portuguesa inscrita no RENNDA, desde 1994 até 2009 (ASST, 2009a)



Desde 1991 que Espanha é o país com o maior número de órgãos de doadores cadáveres por milhão de habitantes (p.m.p.), ocupa o 1.º lugar a nível mundial na actividade de procura de órgãos e tecidos para transplantes. Portugal também ocupa um lugar de destaque na área dos transplantes, embora inferior ao da Espanha.

De acordo com IRODat (Registo Internacional de Doação de Órgãos e Transplantes), que publica periodicamente uma análise dos dados sobre a doação de órgãos e transplantes em todo o mundo, Portugal ocupa o 3.º lugar em relação à colheita de órgãos de doadores cadáveres em 2008, conforme é possível visualizar no gráfico seguinte (Manyalich, Costa & Paez, 2009b).

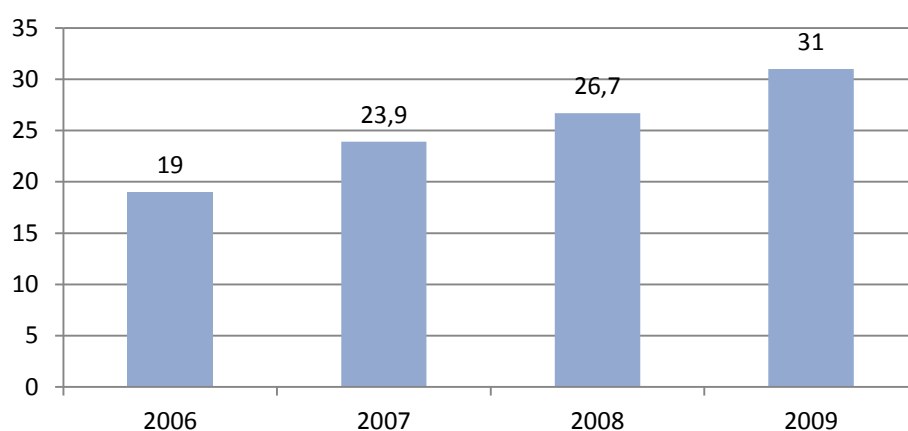
Gráfico 3. Colheita de órgãos de doadores cadáveres no mundo em 2007 e 2008 por milhão de habitantes (www.tpm.org)



Ao contrário de toda a Europa, que está em queda em relação à doação Portugal aumentou o número de doadores. Passou assim, de uma taxa de 23,9 para 26,7 doadores cadáver por milhão de habitante, entre 2007 e 2008. Já em 2009 o número de doadores de cadáver atingiu um total de trezentos e trinta e um doadores, o que se traduz em 31,17 doadores por milhão de habitantes. Este aumento, de cerca de 17%, resultou de um esforço de organização central e do

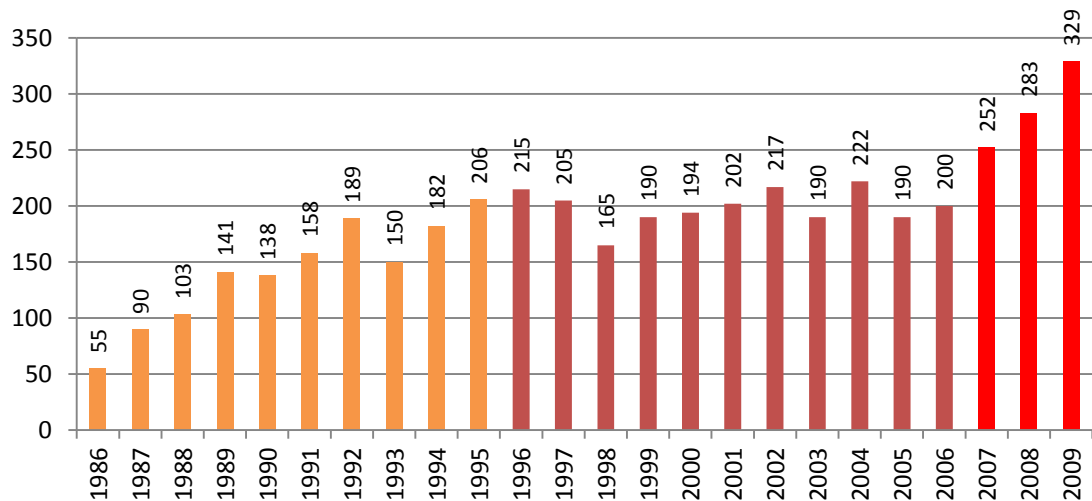
empenho individual de todos os profissionais de saúde envolvidos nesta área. Segundo a ASST entre 2006 e 2009 houve um aumento de 64% do número de dadores por milhão de habitante (ASST, 2009a).

Gráfico 4. Número de dadores cadáveres por milhão de habitantes (cálculo efectuado a 10,62 milhões de habitantes – CENSOS 2008) (ASST, 2009a)



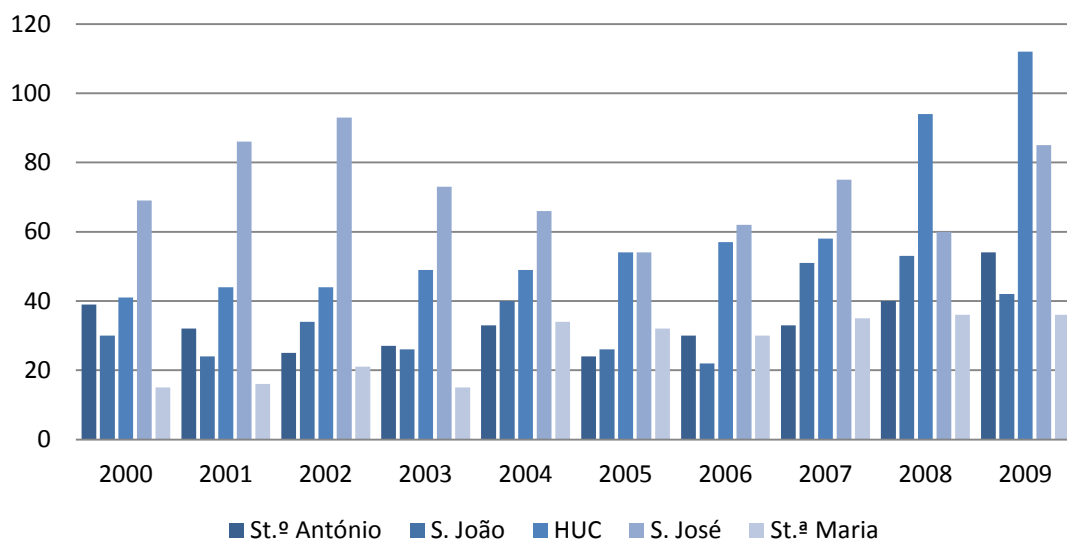
De acordo com esta autoridade nos últimos 3 anos, foram efectuadas duzentas e cinquenta e duas colheitas em 2007, duzentas e oitenta e três colheitas em 2008 e trezentas e vinte e nove colheitas em 2009. Houve um aumento da actividade de colheita de 12,3% entre 2007 e 2008 e de 16,3% em 2009, conforme é possível visualizar no gráfico seguinte (ASST, 2009b).

Gráfico 5. Colheita de órgãos de dador cadáver em Portugal, entre 1986 e 2009 (ASST, 2009b)



Quanto à distribuição da colheita de órgãos de dador cadáver, entre 2008 e 2009, houve um aumento de 3,2% na zona norte, 19% na zona centro e 26% na zona sul do País. Na zona norte existiam 25,6 dadores/pmh, no Centro 42,7 dadores/pmh e Sul 28,4 dadores/pmh. Em relação à colheita de órgãos de dador cadáver em cada gabinete verificou-se um aumento nos últimos três anos nos Gabinetes dos Hospitais de Santo António, HUC e São José (ASST, 2009a).

Gráfico 6. Evolução da Colheita de órgãos dador cadáver por GCCT (ASST, 2009a)

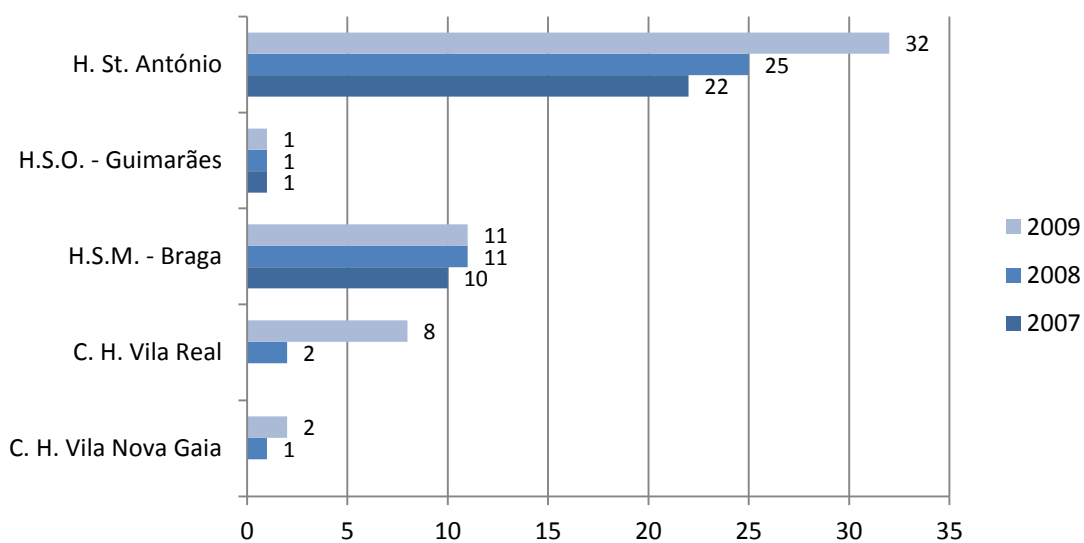


Em 2009, dos 44 hospitais autorizados foram realizadas colheitas de órgãos em 41, o que corresponde a 93,2% hospitais activos. Das colheitas efectuadas 47% foram nos hospitais da rede (fora dos hospitais centrais) e 53% nos cinco hospitais gabinetes (Hospitais Santo António, São João, HUC, São José e Santa Maria).

No último triénio as colheitas de órgãos de dadores cadáveres efectuadas em cada gabinete serão descritas seguidamente, com a respectiva distribuição por hospital (ASST, 2009a).

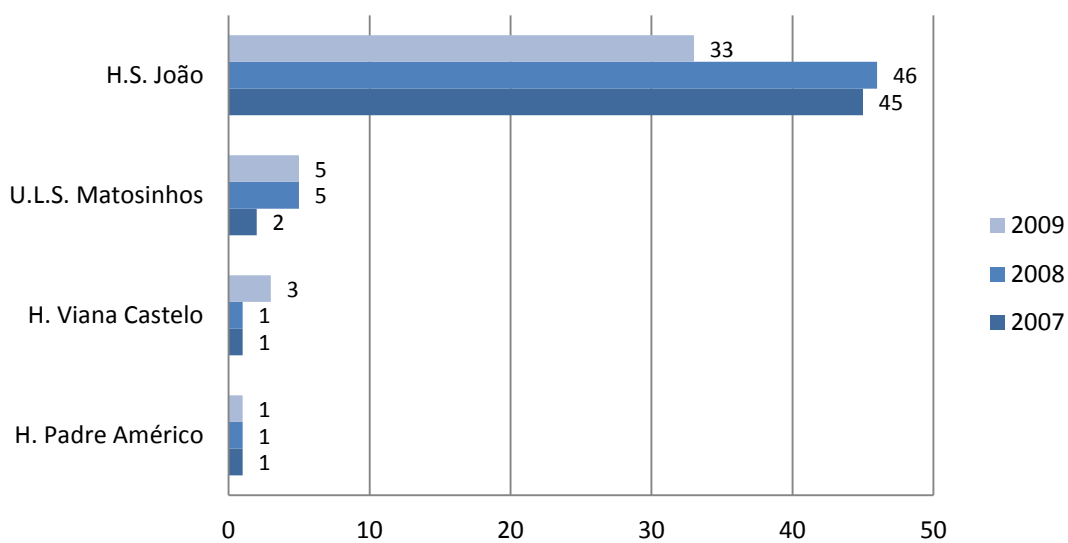
No Hospital Santo António verificou-se o maior número de colheitas durante o triénio, no entanto no Centro Hospitalar de Vila Real o aumento também foi significativo. Este centro Hospitalar bem como o Centro Hospitalar de Vila de Nova de Gaia foram reactivados em 2008 (ASST, 2009a).

Gráfico 7. Colheita de órgãos no GCCT Hospital Santo António (Porto), entre 2007 e 2009 (ASST, 2009a)



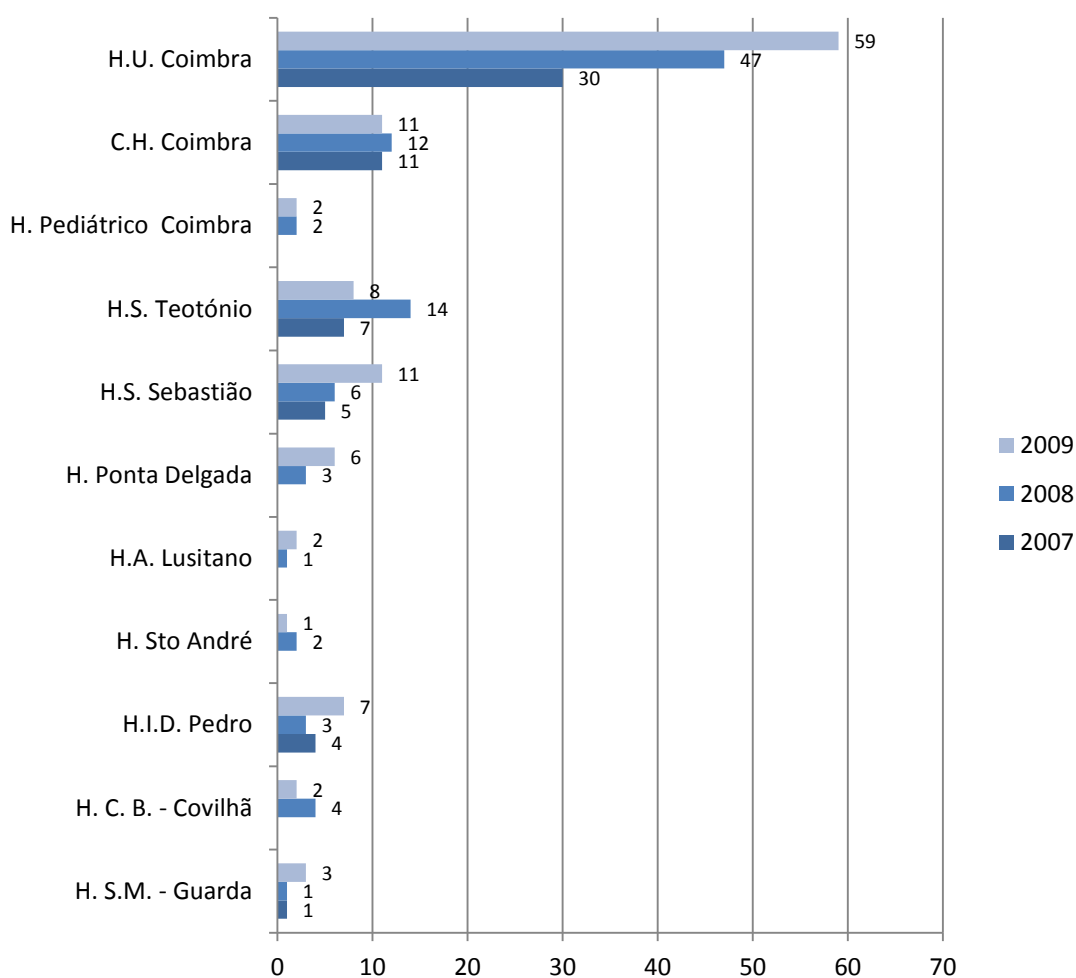
No GCCT Hospital de São João o maior número de colheitas verificou-se no Hospital de São João no Porto entre 2007 e 2009.

Gráfico 8. Colheita de órgãos no GCCT Hospital de São João (Porto), entre 2007 e 2009 (ASST, 2009a)



No GCCT dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em 2008, foram reactivados três hospitais dadores: Hospital Santo André em Leiria, Hospital Amado Lusitano em Castelo Branco e o Hospital Ponta Delgada. Nesse mesmo ano o Hospital Cova da Beira, na Covilhã, tornou-se hospital dador. Durante o triénio o maior número de colheitas de órgãos foi nos HUC (ASST, 2009a).

Gráfico 9. Colheita de órgãos no GCCT Hospitais da Universidade de Coimbra (Coimbra) entre 2007 e 2009 (ASST, 2009a)

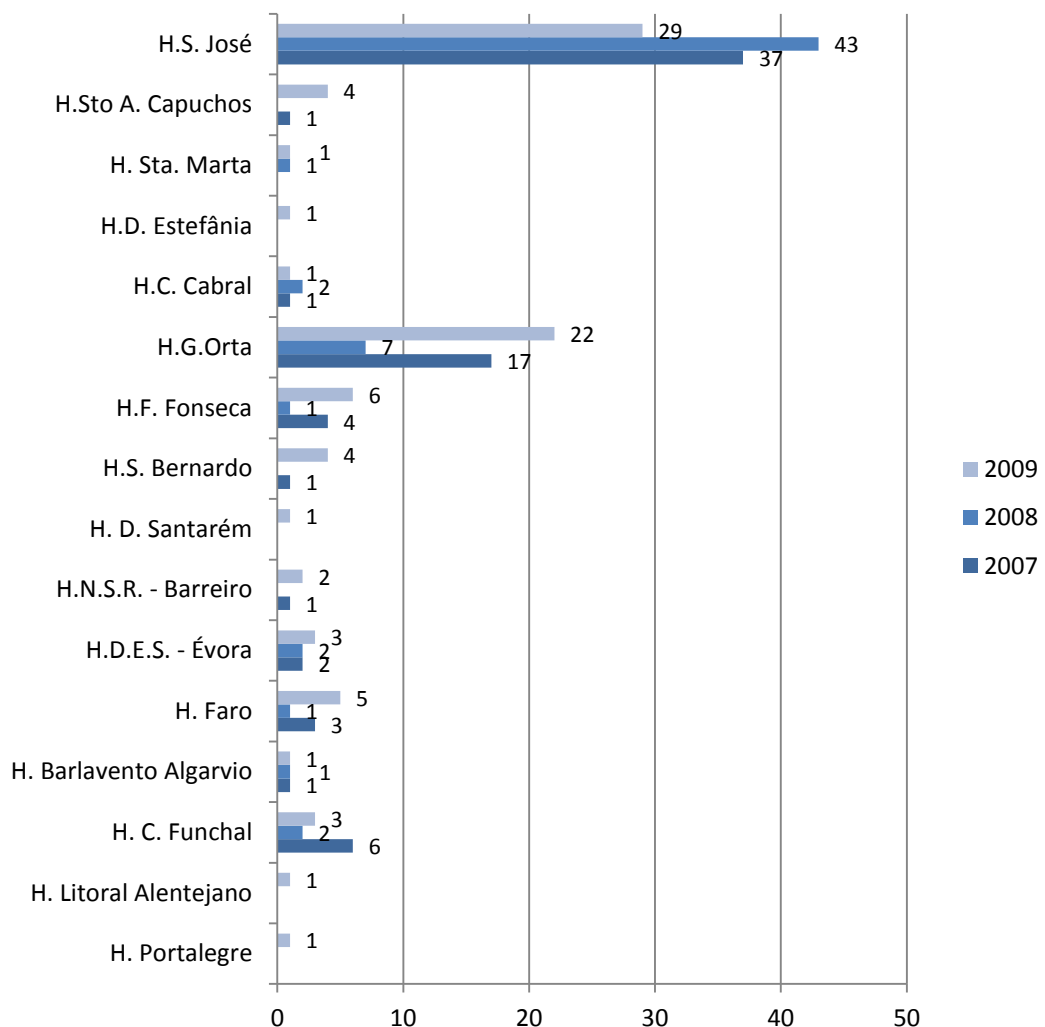


Pertencente ao GCCT do Hospital São José foi reactivado o Hospital Santa Marta como Hospital dador em 2008. Em 2009 surgiram mais dois hospitais

dadores: Hospital Litoral Alentejano e o Hospital Portalegre. De referir que o Hospital Garcia da Horta teve um grande aumento de colheitas no último ano.

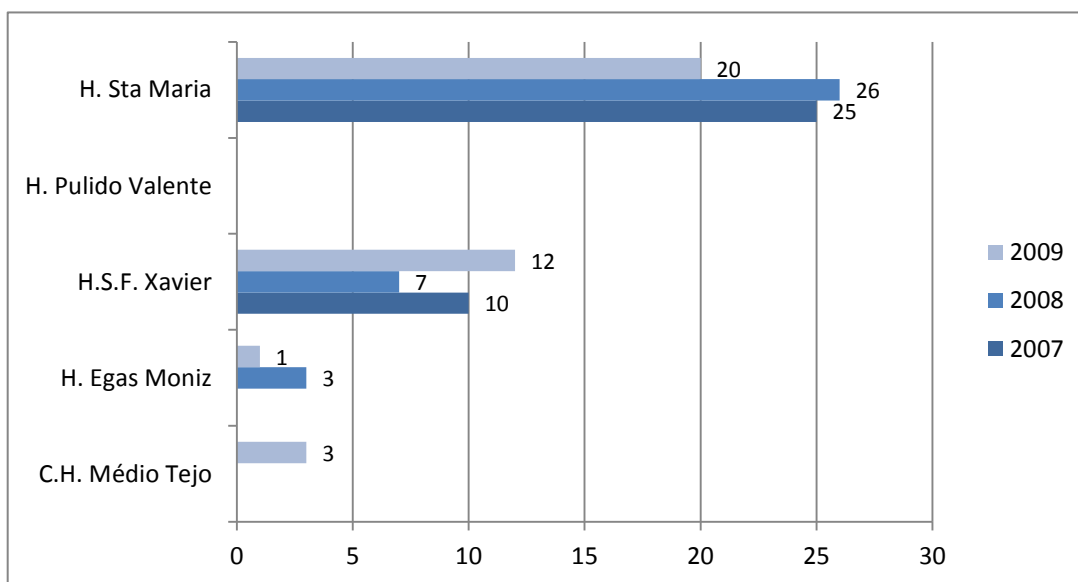
Os Hospitais do Algarve, Hospital de Faro e Hospital do Barlavento Algarvio contribuíram com nove e três colheitas de órgãos respectivamente durante o triénio.

Gráfico 10. Colheita de órgãos no GCCT Hospital São José (Centro Hospitalar de Lisboa Central – Lisboa), entre 2007 e 2009 (ASST, 2009a)



Em 2008, no GCCT Hospital de Santa Maria foi activado um novo hospital dador: o Centro Hospitalar Médio Tejo. O Hospital de Santa Maria foi o hospital com maior número de colheitas.

Gráfico 11. Colheita de órgãos no GCCT Hospital de Santa Maria (Lisboa), entre 2007 e 2009 (ASST, 2009a)



A taxa de colheita multiorgânica de dador cadáver é de 68,1%, o que significa que na maioria das colheitas realizadas foram aproveitados mais do que um órgão para transplantação, em 2009. Correspondendo a uma média nacional de 2,88 órgãos por dador, segundo a ASST (2009a). É também possível caracterizar os dadores cadáveres sendo que a média de idade dos dadores passou de 48,8 em 2008 para 47,2 em 2009. Quanto ao género 64% dos dadores são do sexo masculino e 36% são do sexo feminino. A causa de morte foi médica em 71% dos dadores e de trauma em 29%.

O aumento da capacidade de detecção, de tratamento dos dadores e da colheita efectiva tem como efeito directo o aumento da potencialidade de transplantação.

No próximo capítulo vamos centrar-nos no processo de doação de órgãos do dador em morte cerebral, que actualmente proporciona um maior número de órgãos para transplante. Todo o processo implica um percurso por várias fases, que serão descritas seguidamente.

4.2. Fases do processo de doação de órgãos

A equipa de saúde é responsável por accionar todos os meios necessários para que um potencial dador em morte cerebral passe a real dador de órgãos. A manutenção do dador é um trabalho difícil e complicado que se deve fazer com critérios de qualidade e que implica um esforço tanto assistencial, como emocional, segundo Navarro *et al.* (2006).

A detecção do dador é feita nas unidades de doentes críticos (UCI, reanimações, urgências) por parte dos médicos responsáveis pelos doentes e tem lugar no momento em que ocorre a morte cerebral. É importante que a detecção da morte cerebral seja feita o mais precocemente possível visto que os resultados dos transplantes vão relacionar-se muito com o estado funcional dos órgãos recolhidos, pois estes vão-se degradando paulatinamente desde o momento da morte cerebral. De acordo com Santos (2008),

quando há cessação definitiva de todas as funções do tronco cerebral, avaliadas segundo os critérios generalizadamente aceites, o doente morreu e não há lugar para se prosseguirem intervenções terapêuticas, a

não ser no sentido da eventual conservação de órgãos destinados a transplantação. (p.260)

Todo o processo começa quando o Coordenador Hospitalar de Doação (CHD) é advertido pelo pessoal da Unidade Hospitalar sobre a existência de um potencial dador de órgãos. Nesse momento iniciam-se as provas de morte cerebral e são verificados os critérios de aceitação ou exclusão do dador por parte do coordenador e/ou médico assistente. Seguidamente o médico informa a família do dador sobre a situação de morte cerebral e durante o tempo de aceitação da notícia pela família o médico informa o GCCT do potencial dador para verificação do RENDDA e da lista de receptores. O coordenador e/ou médico assistente deve dirigir a entrevista recorrendo a destrezas comunicativas para ganhar a confiança da família. Deve consolar, ajudar e apoiar e muitas vezes da sua capacidade de comunicar dependerá a aceitação/decisão da família.

Assim que o GCCT confirmar o que foi solicitado pelo Coordenador, este informa a família que foi consultado o RENDDA e que o familiar não está inscrito e que, portanto, será um potencial dador de órgãos e que irão proceder à colheita de órgãos. De acordo com Fregonesi, Glezer, Boni, Afonso e Garcia (2003) o sucesso da entrevista à família depende principalmente de três factores: predisposição à doação; qualidade do atendimento hospitalar recebido; habilidade e conhecimento do entrevistador.

Durante todo o processo, a manutenção do potencial dador deve implicar a estabilidade hemodinâmica e outras medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos passíveis de utilização. Para Magalhães *et al.* (2004) o cuidado médico do potencial dador de órgãos é semelhante ao que é

necessário prestar a pacientes graves. Poderão ser aplicados protocolos de manutenção do dador. Nos hospitais de Faro e CHBA utiliza-se o Protocolo para manutenção do dador multiorgânico e colheita de órgãos em ambiente de Medicina Intensiva elaborado pelo Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação do Hospital de S. José e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Aguiar, Andrade, Matos & Moreno, 2006). Todas as alterações, características da morte cerebral, como sejam: ausência de respiração espontânea; choque neurogénico por alteração da função vasomotora; alterações hormonais com transtornos hidroelectrolíticos e perda do controlo da temperatura corporal tornam o dador multiorgânico num paciente crítico e exigem um controlo estrito e uma monitorização adequada (González & Carrillo, 2008). Desta forma e de acordo com o referido Protocolo na manutenção do dador pretende-se:

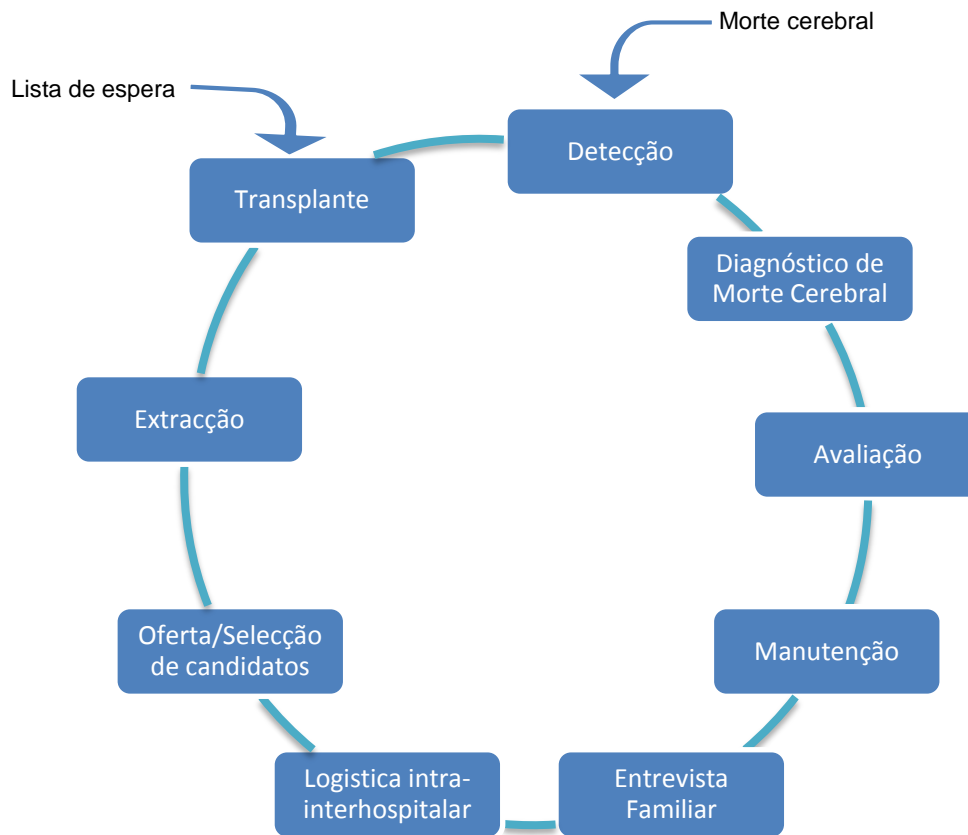
- Manter a pressão de perfusão dos órgãos;
- Vigiar a diurese;
- Manter o equilíbrio hidro-electrolítico e metabólico;
- Prevenir e tratar arritmias;
- Manter a oxigenação dos órgãos e tecidos;
- Manter a temperatura;
- Prevenir e tratar infecções;
- Corrigir as alterações da coagulação

Também durante o processo será necessário recolher material biológico (sangue e gânglios) para testes de virulogia e de histocompatibilidade que serão enviados para o Centro de Histocompatibilidade respectivo através da Guarda Nacional Republicana. Após se obter os resultados dos exames

complementares anteriormente realizados ocorre a aceitação final do dador pelo GCCT e é ainda nesta fase que se efectua o segundo teste de morte cerebral. Procede-se então ao planeamento da respectiva colheita. Seguidamente é necessário providenciar o transporte da equipa do Hospital receptor para o Hospital onde se encontra o dador. O transporte poderá ser efectuado por via terrestre ou por via aérea. Se for por via terrestre a responsabilidade cabe ao hospital do GCCT. Se for por via aérea o transporte é feito pela Força Aérea e cabe ao Hospital do dador assegurar a transferência da equipa e do equipamento desde o aeroporto ou aeródromo até ao respectivo Hospital. A unidade onde se encontra o dador cadáver será avisada pelo GCCT da hora provável da colheita. O dador será posteriormente enviado para o Bloco Operatório na hora marcada para a extracção dos órgãos. No Hospital de Faro e CHBA a equipa de recolha de órgãos desloca-se de um dos GCCT do País (Porto, Coimbra ou Lisboa) e após a extracção, transporta os órgãos e/ou tecidos para o Hospital onde se encontra o receptor e onde será efectuado o transplante. Relativamente a toda a documentação relacionada com o falecimento do doente cabe ao Serviço onde o doente permaneceu. Os procedimentos pós-morte são da responsabilidade do enfermeiro do Bloco Operatório em articulação com os colegas do serviço onde o doente permaneceu.

De acordo com Aranzábal (2008) é possível esquematizar as diferentes fases do processo de doação-transplante, na figura 2.

Figura 2. Esquema do processo de doação-transplante (Aranzábal, 2008)



Já Caballer (2001) descreve o processo de doação de órgãos em cinco fases:

- 1 – Detecção e avaliação do potencial dador;
- 2 – Manutenção do dador;
- 3 – Solicitação da autorização familiar (através de uma entrevista realizada pelo coordenador dentro do hospital, já que este possui uma preparação e sensibilidade adequada para este tipo de situações) / comunicação à família do processo;
- 4 – Confirmar a morte através dos procedimentos legais/comunicação à família da morte cerebral e continuação do processo;

5 – Extração dos órgãos, encaminhamento e transporte dos mesmos.

Magalhães *et al.* (2004) referem que o sucesso dos transplantes também depende da manutenção dos potenciais dadores e a grande percentagem de órgãos torna-se inviável por falta dessa manutenção. E que a falha no reconhecimento ou o reconhecimento tardio do portador de morte cerebral pode levar à perda de órgãos devido à paragem cardiorespiratória inesperada, instabilidade hemodinâmica ou infecção do mesmo. De acordo com os mesmos autores, a decisão de interromper o tratamento do paciente portador de lesão cerebral grave e iniciar suporte para potencial dador de órgãos é difícil tanto do ponto de vista conceptual como do ponto de vista ético e deve ser efectuada com brevidade.

O reconhecimento e a manutenção dos potenciais dadores em morte cerebral estão entre os grandes desafios enfrentados pelas equipas que trabalham em cuidados intensivos, de acordo com Duarte, Salviano e Gresta (2004) e no caso de dadores em morte cerebral o principal objectivo é minimizar a perda de órgãos transplantáveis decorrentes de uma paragem cardíaca, da instabilidade hemodinâmica, de infecções nosocomiais ou complicações relacionadas com a terapia intensiva. Como membro da equipa de saúde o enfermeiro, apesar de não ser responsável pela decisão no processo, cabe-lhe a participação no processo, quer na assistência ao potencial dador de órgãos bem como da família do mesmo. No capítulo seguinte será abordado o papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos.

4.3. Papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos de dadores cadáveres

A doação de órgãos é uma realidade que os profissionais dedicados à urgência/emergência/cuidados intensivos vivem todos os dias, é altamente motivadora e pode deixar, aos menos experientes, a sensação de que a ciência está sempre pronta a vencer a morte (Carneiro, 2008).

Segundo Ochoa (2004) a medicina intensiva é uma parte da medicina que se ocupa dos doentes afectados severamente, que correm perigo de vida (real ou potencial) susceptível de recuperação (salvos os potenciais dadores). Já Carneiro (2008) refere que é uma das áreas das ciências médicas onde as questões de índole ética relacionadas com os limites da vida e as condições da morte são mais complexas.

O transplante veio realçar a importância da capacidade e da qualificação do enfermeiro que actua nesta área. E para que exista uma assistência de enfermagem de qualidade e diferenciada é preciso que para além do domínio técnico haja sistematização das suas acções segundo Duarte, Salviano e Gresta (2004). Para estes autores o enfermeiro que trabalha em cuidados intensivos contribui para o favorecimento da capacidade da equipa em resolver inúmeras questões que envolvem o potencial dador, como sejam técnicas, legais, logísticas e assistenciais, realçando assim, os aspectos técnicos de manutenção do dador e o adequado suporte e acolhimento da família.

De acordo com Coimbra, Quintela, Piçarra e Santos (1995) o envolvimento de qualquer profissional de enfermagem com o dador ou receptor implica conhecimentos sobre os direitos humanos, ética e legislação, sobre a morte

cerebral e doação de órgãos. Da mesma forma que as dimensões culturais, psicológicas e religiosas envolvidas neste processo não podem ser subestimadas.

Apesar da decisão, a indicação e a execução de transplantes não serem competências de enfermagem, o seu papel não é menos importante pois o transplante de órgãos exige não só conhecimento técnico (teórico-prático) como também da cultura e religião das pessoas envolvidas de forma a adequar as suas intervenções para que todos sejam beneficiados. Importa então descrever qual o papel do enfermeiro na equipa de doação de órgãos.

Apesar de sabermos que somos mortais, o falecimento de um ente querido resulta num acontecimento terrível, muito difícil de aceitar, que nos provoca muito sofrimento e que nos faz questionar sobre aspectos fundamentais da nossa existência, interferindo também com as relações familiares e sociais. O envolvimento das famílias dos potenciais dadores representa um ponto-chave em todo o processo de doação e transplante e é provavelmente o mais delicado, já que toda a evolução posterior dependerá da decisão da família sobre a aceitação ou não da doação. A legislação Portuguesa contempla que qualquer pessoa é dadora, desde que não tenha manifestado enquanto vida a sua vontade de ser não dadora. Mas, na prática diária solicita-se a aceitação/consentimento da família do falecido. A não-aceitação/consentimento da doação é uma causa importante da perda de dadores (Navarro *et al.*, 2006).

Espiau (1997) considera que a entrevista com a família é realizada num estado dramático e muito doloroso, em que as pessoas nem sempre são capazes de assimilar a informação transmitida. É no momento em que a família é confrontada com a notícia de morte cerebral do seu familiar e com o

desenrolar de um processo de doação de órgãos que se apercebe da vontade do mesmo em relação à doação de órgãos. A ideia de mutilação do corpo é muito difícil de aceitar. O corpo do falecido representa para os familiares mais próximos a última memória do mesmo. Por isso é muito importante que a imagem se mantenha o mais próximo da que tinha enquanto vida. Assim, neste processo de doação de órgãos, torna-se então vital comunicar com a família. Comunicar com qualidade, passando pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos por em comum com uma pessoa/família que está a precisar de ajuda, de disponibilidade e de conhecimento de um profissional de saúde. Para Santos (2008)

“O estabelecimento de uma comunicação adequada e eficaz exige tempo, treino, planeamento e um ambiente adequado. Nas grandes instituições hospitalares, a existência de múltiplas equipas de prestação de cuidados parcelares constituídas por pessoas com formações, atitudes e linguagens diferentes, a circulação informal e indevida de dados referenciados a alguém, as conversas de corredores, todas podem contribuir para o ruído que necessariamente prejudica a informação correcta que é devida aos doentes e às suas famílias. É preciso que toda a equipa tenha uma linguagem simples, objectiva e verdadeira, e que não haja contradições nas informações facultadas. É necessário que exista coordenação ” (p.258).

O enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do dador e respectiva família. Para Treviso (2009), o enfermeiro é uma peça fundamental em todo o processo do transplante. Este processo é uma cadeia que necessita de uma equipa multidisciplinar que deve trabalhar em conjunto. Cada profissional é um elo, e o enfermeiro é o integrador desse elo desde o pré até o pós-operatório.

O papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos de dadores cadáveres, e tendo em conta o que foi referido no capítulo anterior, visa essencialmente a manutenção do dador em morte cerebral. Tendo como objectivos fundamentais da manutenção do dador em morte cerebral: conseguir a estabilidade hemodinâmica com uma oxigenação adequada, assim como a correcção de outros problemas frequentes que surjam, como a hipotermia, a diabetes insípida e alterações electrolíticas (González & Carrillo, 2008). Para estes autores deve ser efectuada uma monitorização do dador de órgãos de forma contínua em relação a electrocardiograma, pressão arterial invasiva; pressão venosa central, diurese, gasimetria arterial, oximetria, temperatura e pressão capilar pulmonar (de acordo com a estabilidade hemodinâmica do dador. Os objectivos da manutenção do dador foram descritos por González e Carrillo (2008) e encontram-se descritos na tabela 4.

Tabela 4. Objectivos da manutenção do dador de órgãos

Frequência cardíaca \leq 100 ppm
Tensão Arterial Sistólica \geq 100 mmHg
Pressão Venosa Central: 10-12 cm de H ₂ O
Pressão Capilar Pulmonar: 8-14 mmHg
Diurese > 1 ml/kg/h nos adultos
Temperatura > 35° centígrados
Gasimetria arterial: PH: 7,33-7,45; PaO ₂ \geq 100 mmHg; PaCO ₂ : 35-45 mmHg
Hematócrito \geq 30
Colocar sonda naso/orogástrica
Colocar sonda vesical
Retirar cateteres venosos periféricos anteriores à entrada na UCI no caso de traumatizados
Profilaxia de úlceras de pressão, da pele, conjuntivas e cavidade oral
Aspirar a via aérea de forma a prevenir atelectasias
Manter o tubo traqueal bem posicionado para evitar danos em áreas susceptíveis de anastomoses no receptor.

Duarte *et al.* (2004) consideram que a manutenção da estabilidade hemodinâmica do dador, é fundamental para o sucesso o transplante. Assim as principais medidas de avaliação e intervenção de enfermagem dirigidas ao dador cadáver incluem:

- Mudanças de decúbito em intervalos regulares, por ser indispensável na prevenção de úlceras de pressão e atelectasias. A restrição desde cuidado aplica-se a situações de instabilidade hemodinâmica do dador. Os cuidados à pele devem ser reforçados;
- Colocação e manutenção de sonda naso/orogástrica, para descompressão gástrica prevenindo aspirações;
- Colocação e manutenção de cateter vesical, de forma a monitorização do débito urinário;
- Monitorização da pressão venosa central (PVC), indispensável na reposição da volémia;
- Monitorização da Pressão Capilar Pulmonar (PCP), débito cardíaco e índice cardíaco nos dadores com instabilidade hemodinâmica (persistência de hipotensão) através de um cateter de Swan-Ganz;
- Monitorização contínua da pressão arterial e colheita de amostras de sangue arterial através de um cateter arterial;
- Obtenção de acessos venosos periféricos para reposição da volémia, administração de drogas vasoactivas, hemoderivados e medicamentos, evitando inclusive a administração em simultâneo de soluções incompatíveis;
- Monitorização electrocardiográfica, que é indispensável na detecção e diagnóstico precoce de arritmias cardíacas;

- Monitorização e avaliação de parâmetros vitais e hemodinâmicos com intervalos regulares;
- Pesquisa de glicemia capilar em intervalos regulares;
- Reposição rigorosa das perdas de volémia, com o objectivo de manter a PVC nos níveis ideais;
- Manutenção da oxigenação e da ventilação, mantendo os cuidados respiratórios de rotina como aspiração de secreções, mudanças de decúbito. Devem ser mantidas as medidas usuais de assepsia. Os parâmetros ventilatórios devem ser objecto de avaliação e vigilância constante pela equipa de enfermagem;
- Manutenção da temperatura corporal, sendo desejável acima dos 35°;
- Manutenção das medidas de assepsia, evitando a exposição do dador a infecções nosocomiais.

Para além destes cuidados, Gonçalves e Alcobia (2008) acrescentam os seguintes:

- Efectuar e registar a colheita de dados. Esta deve fornecer dados relativos ao doente como sejam a identificação, hábitos de vida, patologias anteriores, medicação anterior, situação presente, a causa de morte, contacto do familiar de referência;
- Efectuar a manutenção do Cateter Venoso Central;
- Manter a humidade das mucosas;
- Elaborar de registos;
- Manter o respeito e dignidade pelo doente;
- Promover a participação da família em todo o processo.

Para Guetti e Marques (2008) o enfermeiro deve, assim, estar capacitado a identificar alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipa de saúde, possam ser instituídas medidas terapêuticas adequadas.

Duarte *et al.* (2004) referem que reforçados os aspectos técnicos de manutenção do dador deve ser efectuado um adequado acolhimento e suporte à família, ajustando a informação às necessidades da mesma, apoiando-a emocionalmente e trabalhando o luto. Para Espiau (1997) o profissional de saúde deve comportar-se com os familiares do falecido com tacto, respeito e empatia, utilizando uma linguagem clara, directa e concisa, de forma que as famílias dos potenciais dadores de órgãos tenham conhecimento dos factos e dos fundamentos das decisões que são tomadas, segundo as suas possibilidades de compreensão e de entendimento.

O profissional de saúde também têm como objectivo ajudar as famílias do dador de órgãos em todo o processo, de forma mais adaptada e levando-as a aceitar a perda e a doação.

Abordar este tema da doação tem algumas barreiras, segundo Ochoa (2004), como a incapacidade e ansiedade para enfrentar a família em sofrimento e o insuficiente conhecimento do processo de doação de órgãos dos elementos da equipa de saúde, o que por vezes origina uma dualidade de sentimentos. Assim, a profissão de enfermagem tem a obrigação moral de confrontar e lidar com as questões ético-legais do transplante, que podem representar uma ameaça séria à integridade da prática holística da profissão (Johnstone, 1994). Os profissionais de enfermagem têm ajudado a facilitar o processo de doação de órgãos fornecendo também suporte de cuidar no final da vida. Começam por tratar de um ser vivo com quem estabelece uma relação

e as suas funções visam a sua sobrevivência e numa fase seguinte têm de “parar de tratar um vivo para começar a preparar um morto para doação” (Coimbra *et al.*, 1995). No entanto, nem todos tivemos tempo e oportunidade para reflectir sobre estes assuntos, mas quando o fazemos somos confrontados com circunstâncias que nos despertam sentimentos contraditórios.

No capítulo seguinte serão abordadas as atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos, especificamente relacionados com os enfermeiros prestadores de cuidados ao dador em morte cerebral.

5. ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE MORTE CEREBRAL E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Tendo em conta a investigação médica, a doação de órgãos vai continuar a ser a fonte fundamental de órgãos para transplante. Este tipo de intervenção mobiliza toda uma estrutura familiar, e nesse contexto, o transplante deve ser abordado na sua totalidade: receptor, dador, suas famílias e a sociedade a que pertencem segundo Castro, Fonseca e Castro (2004).

Para Ochoa (2004) e Castells (2007) todo o processo de doação e transplante de órgãos provoca um elevado nível de stress:

- No receptor, porque sabe que para salvar a sua vida, alguém tem de morrer e mesmo que consiga o transplante pode morrer na mesma;
- No dador de órgãos, porque é um paciente em estado crítico ou o dador voluntário vivo;
- Na família do dador e do receptor;
- Nos profissionais de saúde envolvidos, porque sofrem um desgaste adicional por manter um contacto contínuo com a dor e com a morte. Acrescenta-se a isto o facto de uma elevada percentagem temer o contacto com a família pelas complexas respostas emocionais que podem surgir no momento da comunicação da doação de órgãos. Alguns dos profissionais não se sentem cómodos com o diagnóstico

de morte nem com a manutenção do cadáver até à extracção dos órgãos.

Almeida (2005) referiu que a actividade dos profissionais nos cuidados intensivos é exigente e geradora de stress e que:

a gravidade do estado clínico do doente e o uso de tratamentos invasivos exigem conhecimentos e o domínio de técnicas complexas. O confronto com o sofrimento e as dificuldades perante situações-limite criam sentimentos de ambiguidade e impotência, difíceis de gerir por pessoas que se vêem como agentes da cura (p.214).

Também Kim, Fisher e Elliott (2006a) identificaram diversas barreiras na doação de órgãos e tecidos:

- Hesitação e relutância em discutir o assunto com as famílias num momento de dor intensa;
- Falta de consciência e conhecimento dos procedimentos de contacto com a unidade de transplante;
- Insuficiente informação sobre critérios e contra-indicações para potencial dador;
- Falha em identificar um potencial dador;
- Mal-entendidos e mitos (desfiguração do corpo, da preocupação sobre vida após a morte);
- Crenças religiosas (reencarnação);
- Dificuldade em compreender e explicar morte cerebral;
- Dificuldade em perceber o paciente como um mero dador de órgãos;

- Falta de tempo e sofrimento para a abordagem da família em luto;
- Medo de recusa familiar e do sofrimento da família;
- Dissonância cognitiva, entre acreditar que doar órgãos é bom e recusar-se a doar um dos seus próprios órgãos;
- Reacções negativas ao cuidar do dador cadáver e sentimentos pessoais negativos em relação à doação de órgãos.

O processo de obtenção de órgãos envolve a participação de numerosos profissionais, tanto a nível hospitalar como extra hospitalar. Assim, atitudes positivas ou negativas sobre a doação e a transplantação de órgãos, entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde influenciam de forma clara todo o processo (Lara & Ríos, 2008).

Carneiro (2008) constatou que a equipa de profissionais de saúde, por sua vez, quando repetidamente exposta a situações de grande tensão emocional, sofre, expõe-se e resiste o melhor que sabe e é capaz, mas precisa igualmente de apoio e muitas vezes de intervenção específica. Apesar do trauma que a situação do doente lhe possa provocar, espera-se que o profissional supere as suas emoções em benefício dos cuidados com o utente, o que nem sempre é fácil e por vezes deixa sequelas relevantes.

Também Osswald (2008) tem chamado a atenção para:

a vulnerabilidade destes profissionais de saúde porque lidam com situações de fim de linha, assistem ao declinar da saúde e das forças, reconhecem a sua impotência para deter o processo, recebem confissões, queixas, lamentos, gritos de inconformidade ou de desespero, pedidos lancinantes provindo dos doentes ou, mais vezes,

dos seus familiares. Frequentemente assistem aos momentos finais ou têm de informar os familiares; e deveriam ajudá-los a fazer o seu luto de uma forma digna, espiritualmente construtiva e tendente à esperança (p.287-288).

O referido autor considera que a vida quotidiana dos profissionais de saúde acarreta cargas emocionais graves, dilemas éticos, sofrimento e desconforto moral. Este desconforto moral tem como importante constituinte a dificuldade em lidar com a morte, muitas vezes sentida como derrota e inoportuna lembrança da mortalidade do próprio profissional (Osswald, 2008).

No entanto, “lidar diariamente com esta realidade é difícil, mas é o preço a pagar por quem se dedica a transformar a morte em vida. Abordar as famílias em luto não é fácil e os técnicos partilham a sua dor” (Machado, 2009, p.34). De acordo com Maria João Aguiar (Coordenadora Nacional das Unidades de Colheita de Órgãos, Tecidos e Células para Transplantação), citada em Machado,

nunca se endurece na abordagem. Não há maneiras, não há carapaças para chegarmos a uma família em luto e dizer que estamos ali para colher órgãos. Todos sofremos e choramos com as famílias, mas depois também temos a recompensa de ver renascer os doentes transplantados (2009, p.34).

Para Durman e Hudson (1993) os enfermeiros não têm só a responsabilidade dos seus pacientes, mas também daqueles que estão à espera de transplante de órgãos. Sobre os enfermeiros recai assim, a parte

mais delicada do processo de doação, que é o contacto com os familiares que acabaram de perder um ente querido (Matesanz & Miranda, 1996).

As actividades realizadas pelos profissionais de enfermagem são carregadas de emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo e raiva. Os profissionais percebem a importância de realizar as actividades que são da sua competência e não querem ilibar-se das suas responsabilidades, mas também necessitam de apoio e de arranjar estratégias para lidar com os seus conflitos internos (Coimbra *et al.*, 1995).

Pearson, Robertson-Malt, Walsh e Fitzgerald (2001) referem que os enfermeiros promovem cuidados a nível físico aos potenciais dadores, cuidados às famílias em momentos emocionalmente de grande angústia e encontram-se envolvidos em todo o processo de doação de órgãos. São os profissionais de saúde que estão mais intensamente, consistentemente e extensivamente envolvidos nos cuidados aos potenciais dadores e às suas famílias. Assim sendo, e tal como descrito no capítulo anterior, em Portugal, o papel dos enfermeiros de serviços onde existam potenciais dadores de órgãos, passa essencialmente por colaborar com o médico na manutenção do dador e apoiar a família durante todo o processo, promovendo cuidados holísticos aos potenciais dadores e às suas famílias, sendo que são um dos primeiros profissionais a estabelecer uma relação próxima com as referidas famílias. Neste contexto, conhecer e controlar os efeitos negativos que o stress pode provocar no processo de doação de órgãos para transplantação, torna-se importante para melhorar as capacidades dos enfermeiros enquanto profissionais de saúde (Ochoa, 2004). Pretende-se assim, explorar as atitudes destes profissionais de saúde perante um dador de órgãos em morte cerebral.

As atitudes são disposições favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objectos, pessoas e acontecimentos, ou em relação a alguns dos seus respectivos atributos ou seja um conjunto relativamente estável de sentimentos e predisposições/intenções comportamentais face a um objecto específico, como seja a morte cerebral e transplantação de órgãos. Para Duque (1999) as atitudes são compostas por cognição (crenças), afectos (ou sentimentos) e comportamentos (tendências de acção). A componente cognitiva ou crenças são de dois tipos: Crenças informacionais (o que a pessoa acredita sobre os factos de uma situação) e Crenças avaliativas (que consistem naquilo que a pessoa acredita sobre os méritos, deméritos, bem, mal, justo, injusto, benefícios ou custos de diferentes situações). Os afectos referem-se aos sentimentos gerais de um indivíduo ou à avaliação de uma situação. Ao contrário da componente cognitiva (as crenças), que é normalmente multidimensional porque se relaciona com todos os diferentes aspectos da situação que um indivíduo percepção, a componente afectiva, é unidimensional: relaciona-se com a forma como o indivíduo sente ou vivencia a situação como um todo. Os comportamentos são a tendência para agir de forma consistente com a atitude. Regehr, Kjerulf, Popova e Baker (2004) definem uma atitude como uma crença que influencia o comportamento. Para estes autores, as atitudes também são formadas por três componentes: afectiva (a reacção emocional à ideia); cognitiva (pensamentos e crenças sobre a ideia) e os comportamentos (acções).

Prottas e Batten (1988), num estudo que envolveu neurocirurgiões, enfermeiros de cuidados intensivos, chefes de enfermagem e administradores hospitalares, referem que existe um peso emocional elevado em todos os

profissionais de saúde inquiridos, que estão envolvidos no processo de doação de órgãos. Estes autores consideram que os profissionais de saúde são elementos críticos no processo de doação de órgãos, porque são os primeiros a identificar os possíveis candidatos a doadores e têm a responsabilidade de declarar a morte cerebral e informar a família. Têm também um papel muito importante no momento em que as famílias tomam a decisão em relação à doação, constituindo por isso um grupo sobre o qual deverão concentra-se os esforços para aumentar o número de doação de órgãos.

Um estudo de Gaber, Hall, Phillips, Tolley e Britt (1990) constatou que os enfermeiros com experiência na área dos transplantes tinham uma atitude mais positiva no decorrer do processo de doação de órgãos.

No entanto, a falta de sensibilização e de comunicação por parte dos profissionais é um problema significativo que interfere com a colheita de órgãos, de acordo com Matten *et al.* (1991). Estes autores de acordo com um estudo, efectuado, entre Fevereiro e Março de 1988, a mil seiscentos e oitenta e três enfermeiros que trabalhavam em 62 hospitais de zonas rurais e zonas urbanas de sudeste de Missouri, a sul de Illinois e a nordeste de Arkansas, sobre os conhecimentos, as atitudes e as crenças dos profissionais de saúde e do público em geral acerca da doação e transplantação de órgãos e tecidos, mostraram que os enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, tinham consistentes crenças e atitudes positivas para algumas questões relacionadas com a doação de órgãos e tecidos, mas que também mostravam reticências, com declarações positivas e negativas, em relação à aceitação das famílias doador de órgãos e tecidos. Verificaram também que mais de 95% da amostra de enfermeiros concordava que a transplantação de órgãos é importante para

ajudar outras pessoas que estejam doentes. De acordo com o estudo, ligeiramente mais de metade da amostra de enfermeiros refere que se sente confortável ao requerer a doação de tecidos à família e menos de metade sente-se confortável ao requerer a doação de órgãos. Os autores validaram a importância de programas de educação para preparar os enfermeiros para participar no processo de doação de órgãos e tecidos. Foram também questionados os enfermeiros para identificar a principal fonte de informação em relação à doação e transplantação de órgãos e tecidos e quase 38% respondeu através da formação em serviço ou em programas de educação a nível hospitalar.

Bidigare e Oermann (1991) referem que os enfermeiros que possuem maior conhecimento e atitudes positivas em relação à doação de órgãos serão mais capazes de oferecer conforto e apoio à família do dador. Sendo que o aumento do conhecimento e uma atitude positiva são aspectos importantes ao fornecer apoio às famílias e nos cuidados prestados aos potenciais dadores, segundo McCoy e Bell (1994).

Já Watkinson (1995) explorou o conhecimento, as percepções e as atitudes da prática de enfermeiros (n=103) de cuidados intensivos para cuidar de dadores cadáveres de órgãos e suas famílias. Os resultados do estudo sugerem que os enfermeiros são muito favoráveis para a doação de órgãos e que existe correlação com o seu conhecimento sobre morte cerebral ($p=0,024$). Os enfermeiros com 6 a 10 anos de experiência em cuidados intensivos tinham um conhecimento muito maior ($p < 0,05$) do que aqueles com menor ou maior experiência. Foi também identificado que todos os enfermeiros precisam ter uma melhor compreensão do seu papel na doação de órgãos.

Molzahn (1997) de acordo com um estudo que efectuou para descrever o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros canadianos das UCI na doação de órgãos refere que as mesmas tendem a ser atitudes positivas, mas que 85% dos enfermeiros indicou relutância na aproximação dos potenciais dadores de órgãos.

Também Siminoff (1997) observou que quando uma pessoa tenha sido declarada em morte cerebral, e os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, que ocupam um tempo considerável para cuidar dessa pessoa, podem encontrar uma experiência profundamente perturbadora, porque a pessoa parece estar viva, com a coloração normal e com o coração a bater. Esta experiência envolve uma exposição a um trauma físico e à morte. Os enfermeiros manifestaram um sentimento de tristeza quando os equipamentos de suporte respiratório foram desligados e as pessoas pareceram realmente morrer. Foram descritas estratégias que incidiram sobre os aspectos técnicos do trabalho e evitando pensamento sobre a vida da pessoa e da família e centraram-se na vida daqueles que aguardam o transplante. Este autor refere que estes resultados têm implicações importantes. Primeiro, a vontade de pessoal de enfermagem para participar neste aspecto vital dos cuidados de saúde pode ser comprometida. Em segundo lugar, estas atitudes são susceptíveis de ser transmitidas a outros, o que pode reduzir a disponibilidade de pessoal para abordagem de famílias de potenciais dadores.

Duke, Murphy e Bell (1998) exploraram as atitudes e o nível de conhecimento sobre doação de órgãos de 222 enfermeiros, na Austrália, dos quais 152 a exercer funções num serviço de pediatria de um hospital de um grande centro urbano e 70 enfermeiros de dois hospitais rurais. Verificaram que

58% nunca prestou cuidados a um dador de órgãos e que 43% da amostra nunca prestou cuidados a um receptor de órgãos. Os resultados também destacaram o papel que os enfermeiros de cuidados críticos devem desempenhar para melhorar os níveis de doação de órgãos. Com o referido estudo os autores constataram que os enfermeiros com experiência hospitalar indicaram uma maior disposição para cuidar dos dadores do que aqueles com formação académica.

Para Cantwell e Clifford (2000) as atitudes dos profissionais de saúde perante doação e a transplantação de órgãos influenciam significativamente o comportamento das famílias dos pacientes dadores de órgãos. Foi constatado pelos autores uma relação significativa entre a atitude positiva dos profissionais de saúde e a sua vontade pessoal em doar órgãos. Cerca de 83% dos entrevistados demonstraram motivação para receber formação complementar sobre o luto. Assim, todos os profissionais de saúde devem receber educação sobre questões de doação, com o objectivo de criar confiança nos profissionais de saúde (Elding & Scholes, 2005).

No Reino Unido, Sque, Payne e Vlachonikolis (2000) inquiriram dois mil quatrocentos e sessenta e cinco enfermeiros em relação ao processo de doação de órgãos/tecidos e transplantes de forma a avaliar as suas atitudes pessoais, conhecimentos e comportamentos relativos à doação de órgãos de cadáveres. Obtiveram uma taxa de resposta de 54%. Concluíram que em geral, as enfermeiras tinham atitudes positivas para a doação de órgãos, das quais 78% concordavam com a doação de órgãos e apenas 10% eram claramente opostos. Estes autores comparam determinados grupos de enfermeiros especializados e foram encontradas diferenças significativas, nomeadamente

os enfermeiros que trabalham em unidades renais foram significativamente mais a favor da doação de órgãos que qualquer outro grupo de enfermeiros.

De entre os enfermeiros que participara num estudo descritivo, efectuado por Ozdag (2001), 87,7% tinham ideias positivas sobre a doação de órgãos, mas apenas 10,8% conheciam a lei, 68,8% gostariam de doar os seus próprios órgãos e 36,7% aprovariam a doação dos órgãos dos seus familiares. Os enfermeiros foram unânimes em identificar a necessidade de educação sobre os aspectos relacionados com a morte cerebral e a doação de órgãos, especificamente na abordagem à família para informar e solicitar os órgãos, bem como para apoiar a mesma durante todo o processo.

Ingram, Buckner e Rayburn (2002) investigaram a relação entre as atitudes e o nível de conhecimento dos enfermeiros de cuidados intensivos. Os resultados do estudo sugeriram que as atitudes dos enfermeiros são favoráveis para doação de órgãos, e isso está correlacionado com o seu conhecimento sobre doação de órgãos ($p = <. 001$). O estudo também detectou que a maioria dos enfermeiros teve atitudes positivas em relação à doação de órgãos.

Ao investigar uma amostra de 40 enfermeiros australianos de cuidados intensivos, em relação à concepção de morte cerebral, White (2003) realçou a importância de ambientes de trabalho de apoio que facilitem a expressão de percepções dissonantes e propôs que os educadores e gestores reconhecem essas dissonâncias. Foi também identificado que quanto maior conhecimento melhor confiança dos enfermeiros na capacidade de abordar a família enlutada.

Regehr *et al.* (2004) têm sugerido que as atitudes dos técnicos de saúde no processo de transplantação de órgãos são um factor chave de sucesso na

melhoria da doação de órgãos. Os resultados de um estudo efectuado por estes autores concluem que o processo de colheita de órgãos é altamente stressante e levanta muitas preocupações para os enfermeiros envolvidos no processo de colheita de órgãos para transplante. Estes apresentaram sentimentos pessoais de angústia e atitudes negativas para a questão da doação de órgãos que podem ser transmitidas para os outros e prejudicar todo o processo. As preocupações manifestadas pelos enfermeiros relacionam-se com a responsabilidade pelo dador e sua família, com a desfiguração dos corpos causado pela recuperação de órgãos e tecidos e o impacto que isso teria sobre os membros da família, e o receio de que o dador pode não estar morto.

Num outro estudo, efectuado por Collins (2005), foi avaliado o conhecimento de trinta e um enfermeiros e as suas necessidades educacionais para a doação de órgãos dentro de uma unidade de cuidados intensivos de adultos. Esta pesquisa destacou que a referida amostra não tinha confiança na abordagem da família em relação ao consentimento para a doação de órgãos e as necessidades educacionais estavam relacionadas com os testes da morte do tronco cerebral e os critérios de dadores. A maioria da amostra declarou que o seu conhecimento em relação à doação de órgãos melhoraria se fosse desenvolvido um programa educacional relacionado com esta temática.

Kim *et al.* (2006a) efectuaram um estudo para desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos perante morte cerebral e transplantação de órgãos. A recolha de dados foi realizada entre Outubro de 2003 a Janeiro de 2004 registando, assim, uma amostra de 520 enfermeiras coreanas de cuidados intensivos (taxa de

resposta de 92%), 96% das quais tinham menos do que 40 anos de idade e 78% eram solteiras. Quanto às habilitações académicas 64% possuíam uma licenciatura, 30% bacharelato e 6% mestrado. Depois da análise e interpretação dos itens agrupados, foram identificados quatro componentes: Desconforto com a doação de órgãos; Melhorar a qualidade de vida; Vontade de ser dador; Experiência gratificante. Em relação ao desconforto com a doação de órgãos, cerca de 40% das inquiridas referiu medo de aceitar a morte cerebral como morte verdadeira, devido à possibilidade de um incorrecto diagnóstico e 48% referiu que remover os órgãos de uma pessoa antes de seu coração parar de bater era uma violação do direito dos pacientes em morte cerebral. Cerca de metade das enfermeiras manifestaram desconforto com doação de órgãos, e preferiu manter o corpo intacto após a morte. Apesar do desconforto perante a doação de órgãos, a maioria dos inquiridos considerou que doação de órgãos foi uma escolha valiosa para a família em luto, 72% indicaram também que o transplante de órgãos servia como prolongamento da vida e 83% referiu que o transplante de órgãos contribuía para melhorar a qualidade de vida do receptor. Além disso, 65% acreditavam que a aceitação da morte cerebral pode reduzir os custos e os encargos das famílias no apoio psicológico. Em relação à vontade em ser dador das inquiridas 64% aceitou a morte cerebral como morte verdadeira. Aproximadamente 40% acreditavam que ao doarem órgãos a sua alma seria consolada. No entanto, apenas 39% seria um dador no futuro e apenas 25% doariam órgãos dos seus familiares. A maioria, 83%, estaria disposta a submeter as famílias como potenciais dadores para transplante. Enquanto a maioria das enfermeiras das UCI manifestaram atitudes positivas para a doação e transplante de órgãos, apenas uma pequena

proporção (32%) estavam orgulhosas de estar envolvidas no processo de doação e transplante de órgãos e 27% consideraram que cuidar pacientes em morte cerebral uma experiência gratificante.

Posteriormente os mesmos autores, Kim, Fisher e Elliott (2006b) desenvolveram e validaram uma escala para medir os conhecimentos dos enfermeiros sobre morte cerebral e doação de órgãos. Verificaram que mais de 70% das enfermeiras tinham experiência em cuidar de pacientes em morte cerebral e 89% nunca tinham participado em seminários ou conferências relacionadas com morte cerebral e/ou transplantação de órgãos. A maioria das enfermeiras das UCI nesta amostra tinha um elevado nível de conhecimento sobre os testes de diagnóstico médico para determinar a morte cerebral e os seus resultados, mas também demonstraram menos conhecimentos relacionados com os critérios de exclusão da morte cerebral. Estes autores concluíram que é importante para os enfermeiros das UCI possuírem um extenso conhecimento do processo de doação de órgãos e habilidades de comunicação interpessoal. É necessária a combinação entre o ensino estruturado e a experiência para que o enfermeiro tenha mais confiança ao abordar a família em luto para a doação de órgãos.

Ríos *et al.* (2007) verificaram que existia uma atitude favorável em relação à doação de fígado entre o pessoal das unidades de cuidados intensivos relacionadas com o processo de doação e transplante. Os trabalhadores mais jovens destas unidades eram os que tinham uma atitude mais favorável.

Ríos, Martínez e Ramírez (2008) referem que se os profissionais das Unidades, onde se encontram os dadores de órgãos, mostrarem atitudes pouco favoráveis à doação de órgãos, dificilmente chegaremos a uma plena doação.

Já Ríos, Ramírez *et al.* (2008) consideram que os profissionais de saúde de unidades de doação e transplantação de órgãos tendem a ter uma atitude favorável na doação de órgãos, tornando-os um elemento chave na promoção da doação de órgãos, inclusivamente os profissionais mais novos são aqueles que possuem uma atitude mais favorável.

Cohen, Ami, Ashkenazi e Singer (2008) efectuaram um estudo em que questionaram profissionais de saúde envolvidos no processo de aquisição de órgãos, como cuidados intensivos, medicina interna, emergência e anestesia em todos os hospitais de Israel com o objectivo de identificar a atitude dos mesmos perante a morte cerebral e de analisar o nível de conforto em realizar tarefas relacionadas com dador. Foram recebidos um total de dois mil trezentos e sessenta e seis questionários preenchidos (seiscentos e vinte e nove médicos e mil setecentos e trinta e sete enfermeiros) com uma taxa de resposta de 60,3%. Globalmente, cerca de 78,9% dos inquiridos tinham uma atitude positiva perante a morte cerebral. Não se verificaram diferenças significativas entre os médicos e os enfermeiros e nem entre os sexos. A idade mais elevada e o estatuto profissional foram associados a uma atitude mais positiva ($p < 0.001$). Além disso, os profissionais das UCI tinham uma atitude mais positiva do que os dos restantes serviços ($p < 0.001$). O estudo também demonstrou que mais inquiridos que tinham recebido mais formação específica em relação a morte cerebral tiveram uma atitude positiva. Estes inquiridos, com uma atitude mais positiva, sentiam-se muito mais confortáveis ao informar o transplante de um potencial dador, explicando a morte cerebral à família, introduzindo o tema da doação de órgão, abordando a família sobre a doação e dando apoio no luto familiar. Estes autores concluíram que a aceitação e

compreensão da morte cerebral estão associadas a um efeito positivo sobre o nível de conforto dos profissionais de saúde no decorrer do processo de doação de órgãos e que reforçando uma atitude positiva perante a morte cerebral entre os profissionais de saúde poderá facilitar o processo de aquisição de órgãos.

Dados semelhantes foram sugeridos por Sharp (2009), que efectuou uma auditoria para avaliar os níveis de conhecimento e atitudes sobre a doação de órgãos e tecidos a 70 enfermeiros dos cuidados intensivos. Nesse estudo, os enfermeiros que tiveram maior conhecimento da doação de órgãos também tiveram uma atitude mais positiva perante a doação. Essa pesquisa também identificou deficiências no conhecimento sobre os procedimentos de manutenção dos doadores de órgãos e critérios de morte cerebral. O estudo destacou que os enfermeiros não tinham conhecimentos essenciais sobre doação de órgãos, produzindo assim uma atitude negativa em relação ao assunto, podendo desta forma ter um efeito negativo na identificação de potenciais doadores. As conclusões desta auditoria foram encorajadoras, mostrando um impacto positivo sobre o conhecimento pessoal e as atitudes para doação e reflectindo uma mudança de cultura.

Também Zambudio, Martínez-Alarcón, Parrilla e Ramírez (2009) efectuaram um estudo, em 2003, com o objectivo de analisar as atitudes dos enfermeiros para a doação num hospital onde se efectuavam transplantes e os factores que determinam tais atitudes. Utilizaram uma amostra aleatória de 305 enfermeiros de diferentes serviços hospitalares, sendo que a maioria dos entrevistados (63%) eram a favor da doação de órgãos. Foi constatada a importância da compreensão do conceito de morte cerebral. Assim, as pessoas

que não entenderam o conceito de morte cerebral, ou que estão enganados em relação ao conceito, têm uma atitude mais negativa do que aquelas que entendem o conceito, dos quais 51% que não entende são favoráveis à doação, 22% que estão enganados sobre o conceito são a favor da doação, e 70% que entendem o conceito é favorável à doação ($p < 0.001$). Verificaram também que a atitude em relação à doação é mais favorável entre os inquiridos que estariam dispostos a doar os órgãos de um membro da família ($p < 0.001$) e entre aqueles que tinham discutido a doação de órgãos e transplante no interior da família ($p = 0.001$). Com este estudo os autores concluíram que a sensibilização dos profissionais de saúde é um aspecto fundamental da doação de órgãos e no processo de transplante. Desta forma campanhas promocionais dirigidas a enfermeiros são uma prioridade.

Já em 1991, a organização Eurotransplant iniciou nos Países Baixos um programa denominado “Programa Europeo de Educación de Hospitales Donantes” dirigido aos profissionais de cuidados intensivos com a finalidade de transmitir experiência em relação ao acompanhamento das famílias dos potenciais dadores (Blok *et al.*, 1999). Este programa estendeu-se a vários Países europeus. Posteriormente Dalen *et al.* (1999) realizaram um estudo comparativo entre dois dos Países participantes, Reino Unido e Países Baixos, concluindo que em ambos os profissionais das UCI considera que este programa os ajuda a melhorar a sua confiança em relação à comunicação com os familiares do potencial dador. Em relação à falta de informação e conhecimentos sobre o processo de doação de órgãos e à existência de dúvidas sobre morte cerebral de alguns profissionais de saúde enfatiza-se a necessidade de estabelecer programas de formação sobre a temática.

Cunningham e Foil (1989) verificaram que uma abordagem com uma equipa definida, com protocolos bem definidos poderia resolver a maioria dos dilemas médicos e morais relacionados com a transplantação de órgãos e que o apoio emocional deve ser fornecido às famílias, e deve estender-se ao pessoal inexperiente.

Também Daare e Marshall (1999) consideram que o programa pedagógico europeu sobre a doação de órgãos em meio hospitalar ensina os profissionais de saúde implicados no processo a dirigir-se à família. Os referidos autores referem que os aspectos psicológicos que se devem ter em conta são o medo de que o funeral seja atrasado, que o corpo fique mutilado e o desejo de se manter junto do morto. Nos países onde o consentimento dos familiares é um passo necessário para que o processo de doação de órgãos se desenvolva, os médicos e enfermeiros manifestaram a necessidade de treinar formas de lidar com estas situações delicadas (Dalen *et al.*, 1999).

Meyer e Bjørk (2007) referem que o processo de doação de órgãos é um processo desafiador para todos os envolvidos. O conhecimento do pessoal de cuidados intensivos e competência profissional são cruciais para conquistar a confiança dos familiares e fundamentais na comunicação em todo o processo. Os Hospitais dadores devem implementar uma formação sistemática e de informação. Protocolos bem elaborados para a doação de órgãos podem definir as responsabilidades atribuídos aos diferentes membros da equipa de aquisição de dadores de órgãos.

Pont Castellana *et al.* (2008) investigaram as perspectivas dos profissionais de saúde de serviços críticos que participaram em cursos de pós-graduação (2001-2006) sobre a doação de órgãos. Participaram no estudo trezentos e

cinquenta profissionais de saúde através de um inquérito anónimo que foi administrado antes e depois do curso de pós-graduação. O curso foi credenciado pelo Instituto de Estudos de Saúde para a formação contínua e também pela Universidade de Barcelona, aberto a médicos e enfermeiros e teve a duração de quarenta horas. Abordou os aspectos legais, discussões éticas, habilidades de comunicação para abordagem familiar, e aspectos técnicos relacionados com morte cerebral, manutenção e selecção de dadores, e cuidados de acompanhamento no transplante (pulmão, coração, fígado, intestino, pâncreas, rim e tecido). Do total de participantes, 4% eram médicos, 9% médicos estagiários e 87% enfermeiros de cuidados intensivos e urgência. Dos inquiridos antes do curso, 83% tinham discutido com suas famílias sobre a morte. No entanto, apenas 35% consideraram doação de órgãos. A maioria dos entrevistados, cerca de 80%, apresentou uma atitude favorável em relação à doação de órgãos, aumentando para 90% após o curso. No entanto 73% afirmaram que estariam dispostos a doar seus próprios órgãos e 29% os seus próprios tecidos. Estas percentagens diminuíram para 50% para os órgãos e 22% para tecidos, quando se refere para os órgãos de familiares. Em 44% dos casos, esta decisão foi baseada no conhecimento prévio dos desejos dos familiares. Médicos e enfermeiros constataram também a falta de conhecimentos em comunicação, transmissão de más notícias e apoio no luto, mas que depois do curso referiram mais auto-confiança.

De uma forma geral a equipa deve oferecer apoio aos familiares, mantendo uma postura ética e de respeito perante o sofrimento das famílias do dador em morte cerebral. Torna-se importante o desenvolvimento de programas de educação permanente direccionados aos profissionais de saúde, sobre o

processo de doação e implicações decorrentes do desconhecimento desse processo (Moraes & Massarollo, 2009; Neves, Duarte & Mattia, 2008). Também Aghayan *et al.* (2009) demonstraram que os programas educativos podem melhorar o conhecimento dos enfermeiros e o compromisso com o processo de doação de órgãos e, em última análise, aumentar a taxa de doação. Por conseguinte, é de grande importância para as unidades de colheita de órgãos concentrar-se em programas de formação regulares para todos os profissionais de saúde envolvidos no processo.

6. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem como objectivo analisar eventuais relações entre um conjunto de variáveis sócio-demográficas, variáveis de caracterização da experiência dos enfermeiros e as atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos.

Desta forma, a pergunta de partida é:

Qual a atitude dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos e das Urgências de adultos do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio perante a morte cerebral e a transplantação de órgãos?

De acordo com a questão preliminar de investigação enunciada, foram definidos para o estudo os seguintes objectivos:

- Descrever as características sócio demográficas dos enfermeiros, nomeadamente idade, sexo, estado civil, categoria profissional, instituição onde trabalha, serviço onde exerce funções, tempo de profissão, tempo de serviço, vínculo à instituição e religião;
- Descrever a experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos;
- Analisar a atitude dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos e Urgências de adultos do Hospital de Faro e do Centro

Hospitalar Barlavento Algarvio perante a morte cerebral e transplantação de órgãos;

- Analisar eventuais relações entre as características sócio demográficas e a atitude dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos;
- Analisar eventuais relações entre a experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos e a atitude dos mesmos perante morte cerebral e transplantação de órgãos.

Partindo da pergunta, delineou-se o seguinte problema de investigação:

As atitudes dos enfermeiros das Unidades Cuidados Intensivos e Urgências de adultos do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio perante a morte cerebral e a transplantação de órgãos influenciam a sua intervenção no processo de doação de órgãos.

7. METODOLOGIA

Neste capítulo daremos a conhecer as opções metodológicas realizadas ao longo do estudo.

Procedeu-se a um estudo, com uma abordagem quantitativa, descritivo e correlacional. Considerando o carácter exploratório do estudo não se formularam hipóteses, tendo a análise sido orientada pelos objectivos referidos no capítulo 6.

Utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

7.1. Amostra

A população do estudo é constituída por enfermeiros dos serviços de Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos de adultos do Hospital de Faro E.P.E. e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio E.P.E. Foi escolhido o Serviço de Urgência, por ser o primeiro serviço a receber potenciais dadores de órgãos e a UCI por ser o serviço mais capacitado e eleito para a manutenção dos mesmos.

Foram aplicados 170 questionários dos quais obteve-se uma participação de 130 enfermeiros, correspondendo a uma taxa de resposta de 76%. Dos 130 participantes, 57% (74) são do Hospital de Faro e 43% (56) são do Centro

Hospitalar do Barlavento Algarvio, com uma média de idade de 32,23 anos e o Desvio-Padrão de 7,670.

7.2. Instrumentos

Após a delimitação dos objectivos do estudo efectuou-se uma revisão bibliográfica sobre os instrumentos adaptados à população portuguesa, mas sem êxito, não se encontrando assim nenhum instrumento com as características referidas.

A recolha de dados foi então efectuada através de três questionários de auto-resposta:

- Questionário de dados sócio-demográficos;
- Questionário de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos;
- Questionário de atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos (Kim *et al.* 2006a).

7.2.1. Variáveis de caracterização sócio-demográfica

Para medir as variáveis de caracterização sócio-demográfica foi utilizado um questionário (Anexo A) que inclui questões sobre a idade, sexo, estado civil, categoria profissional, instituição onde trabalha, serviço onde exerce funções, tempo de profissão, tempo de serviço, vínculo à instituição e religião, conforme descritas na tabela 5.

Tabela 5. Classificação e descrição das variáveis de caracterização sócio-demográfica

QUESTÃO	VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO
1	Sexo	Variável Qualitativa Nominal 2 Categorias (masculino e feminino)
2	Idade	Variável Quantitativa (em anos)
3	Estado Civil	Variável Qualitativa Nominal 3 Categorias (solteiro, casado/união de facto e viúvo/divorciado)
4	Categoria Profissional	Variável Qualitativa Nominal 3 Categorias (enfermeiro nível 1, graduado e especialista)
5	Instituição	Variável Qualitativa Nominal 2 Categorias (HDF e CHBA)
6	Serviço	Variável Qualitativa nominal 2 Categorias (Urgência e UCI)
7	Tempo de Profissão	Variável Quantitativa (em anos)
8	Tempo de Serviço	Variável Quantitativa (em anos)
9	Vínculo à Instituição	Variável Qualitativa Nominal 2 Categorias (quadro e contrato)
10	Religião	Variável Qualitativa Nominal 2 Categorias (católica e não católico)

A variável idade foi agrupada em classes, passando a designar-se por Faixa Etária. É composta pelos seguintes intervalos: menos que 26 anos; 26 a 30 anos; 31 a 35 anos; 36 a 40 anos e mais que 40 anos.

Na análise das relações entre a variável Categoria Profissional e as atitudes dos enfermeiros a variável Categoria Profissional foi agrupada em duas classes (enfermeiro de Nível 1; enfermeiro graduado e enfermeiro especialista) visto a amostra englobar apenas três enfermeiros Especialistas. Passando a designar-se por Categoria Profissional Agrupada.

As variáveis Tempo de Profissão e Tempo de Serviço foram agrupadas em classes. São compostas pelos seguintes intervalos: Menos que 3 anos; 3 a 5 anos; 6 a 9 anos e 10 ou mais anos. Foram considerados o número de anos até 31 de Dezembro de 2007.

7.2.2. Variáveis de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos

Para medir as variáveis de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantes de órgãos foi aplicado um questionário (Anexo B) que inclui questões sobre: critérios de morte cerebral, requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres, experiência com doadores cadáveres, experiência com receptores de órgãos e procedimentos necessários à manutenção do doador cadáver e interesse em receber formação na área. As variáveis medidas estão descritas na tabela 6.

Tabela 6. Classificação e descrição das variáveis de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos

QUESTÃO	VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO
11	Conhecimento dos Critérios de morte cerebral	Variável Qualitativa Nominal 2 Categorias (Sim e Não)
12	Conhecimento dos requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para transplantação	
14	Experiência com doadores cadáveres	
15	Experiência com receptores de órgãos	
16	Conhecimento dos procedimentos necessários à manutenção do doador de cadáver	
18	Interesse em receber formação nesta área	

Para além das variáveis medidas foi explorada a experiência e as necessidades dos participantes em relação à temática. Assim, foi solicitado aos participantes, através de uma questão de escolha múltipla, identificarem onde adquiriram os conhecimentos em relação aos critérios de morte cerebral e os requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para

transplantação, com as seguintes opções: no decurso da actividade profissional; no curso base; no complemento de formação; em cursos/formações complementares e/ou outros. Solicitou-se também, através de uma questão dicotómica, saber se existe informação no serviço relativamente à colheita de órgãos em dadores cadáveres e no caso de resposta afirmativa indicarem se a informação se encontra disponível e facilmente acessível a todos os enfermeiros. Em relação ao processo de manutenção do dador cadáver, solicitou-se, com uma questão aberta, saber a quem recorrem em caso de dúvidas, durante o referido processo. As respostas foram efectuadas por extenso e agrupadas segundo categorias. E para especificar o interesse de receber formação, dos participantes, foi solicitado aos mesmos, através de uma questão aberta, saber quais os aspectos que gostaria de ver abordados. As resposta foram efectuadas por extenso e agrupadas segundo categorias.

7.2.3. Variáveis de caracterização das atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos

Sabendo que a atitude influencia o comportamento (Regehr *et al.*, 2004) e as atitudes são formadas pelas componentes afectiva (a reacção emocional à ideia), cognitiva (pensamentos e crenças sobre a ideia) e comportamental (acções), tornou-se vital neste contexto caracterizar as atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e a transplantação de órgãos.

Em virtude de não ter sido encontrado nenhum instrumento validado para a população portuguesa, as variáveis de caracterização das atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos foram medidas

através de um instrumento desenvolvido e testado por Kim *et al.* (2006a), utilizando uma amostra de 520 enfermeiras de UCI na Coreia do Sul entre 2003 e 2004 (Anexo C), que demonstrou alta consistência interna ($\alpha=0.88$). Este questionário é constituído por um instrumento original de 38 itens, em que a resposta é dada segundo uma escala Likert entre 1 correspondendo a “discordo totalmente” e 5 que corresponde a “concordo totalmente”. Foi efectuada a tradução e a retro-tradução, do instrumento, por dois elementos não especialistas da área da saúde que dominam a língua e um elemento que domina o conteúdo e a amostra do estudo. Foi também utilizado um elemento especialista da área da saúde para examinar a versão original, a tradução e a retro-tradução para analisar os erros. Foi aplicado um pré-teste do instrumento traduzido. Em Dezembro de 2007, foi aplicado um pré-teste a dez enfermeiros para verificar a compreensão das perguntas e rectificar eventuais incorrecções das questões. Após aplicação do pré-teste, com rectificação de algumas incorrecções do instrumento traduzido, foi elaborado um questionário de atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos, constituído pelos 38 itens, em que a resposta é dada segundo uma escala Likert entre 1, correspondendo a “discordo totalmente” e 5 que corresponde a “concordo totalmente”. (Anexo D).

A fim de avaliar a fidelidade do instrumento e verificar o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que constituem o instrumento procedeu-se ao cálculo da sua consistência interna através do coeficiente de alpha (α) de Cronbach.

Quando à validade de construto foi efectuada a análise factorial dos itens do instrumento. Assim, a estrutura relacional entre os 38 itens (variáveis) do

instrumento utilizado foi avaliada pela Análise Factorial Exploratória (AFE), sobre a matriz das correlações, com extracção dos factores pelo método das componentes principais seguida de uma rotação Varimax.

7.2.3.1. Análise Factorial Exploratória

Para avaliar a validade de construto utilizámos o critério KMO e o teste de Esfericidade de Bartlett. Observou-se um $KMO=0,635$, o que nos indica a existência de uma correlação razoável entre as variáveis, segundo Pestana e Gageiro (2001) e o teste de Esfericidade de Bartlett apresenta um p -value <0.001 , concluindo que as variáveis estão correlacionadas significativamente.

Com o objectivo de realizar uma estimativa do número de dimensões existentes nos itens integrantes do instrumento, foi realizada uma análise factorial exploratória. Com o resultado desta análise optou-se por reter cinco factores ou dimensões de acordo com a percentagem de variância retida e a coerência dos itens. Esses cinco factores ou dimensões explicam cerca de 39% (38,865%) da variância.

A validade de construto do instrumento de Kim *et al.* (2006a) foi também avaliada utilizando o critério KMO. Observou-se nesse estudo um $KMO=0,86$. Os autores extraíram 4 componentes, através da análise de componentes principais com rotação Varimax: desconforto, melhoria da qualidade de vida, vontade de ser um dador e experiência gratificante. Os componentes extraídos foram responsáveis por 44% da variância.

Neste estudo e de acordo com os pesos factoriais obtidos organizaram-se os itens por factor ou dimensão e inverteram-se aqueles para os quais o peso

factorial foi negativo (itens 6, 15, 16, 28 e 32). Foram excluídos os itens 29 e 31 por não apresentarem peso factorial para nenhum dos cinco factores extraídos.

Foi avaliada a consistência interna de cada factor ou dimensão através do coeficiente alpha (α) de Cronbach. Foram eliminados itens de modo a aumentar a consistência interna, nomeadamente: Factor 1 - itens 10, 11, 17 e 18; Factor 2 - item 30; Factor 3 - item 33; Factor 4 - itens 9 e 12; Factor 5 - itens 37 e 38. Assim, após análise e interpretação dos itens agrupados, os factores obtidos foram identificados como: Disposição em ser dador; Melhoria da qualidade de vida; Desconforto com doação de órgãos; Tristeza com a doação de órgãos e Experiência gratificante, cujos α de Cronbach e respectivos itens encontram-se descritos na tabela 7.

Tabela 7. Descrição dos factores ou dimensões com os coeficientes α de Cronbach e os respectivos itens

Factor ou Dimensão	α de Cronbach	Itens	Peso Factorial
Factor 1 Disposição em ser dador	0,830	4. A doação de órgãos é desejável quando a morte cerebral é declarada.	0,610
		5. Eu aprovo a doação de órgãos de doentes em morte cerebral.	0,657
		7. No acontecimento da minha morte, o meu desejo será de doar órgãos.	0,802
		8. Eu doaria os órgãos de membros da minha família se lhes fosse diagnosticada morte cerebral.	0,835
		15i. Se os meus órgãos fossem retirados após a minha morte não seria desagradável.	0,752
		16i. Não gostaria de manter o meu corpo intacto para a vida depois da morte.	0,739
Factor 2 Melhoria da qualidade de vida	0,685	1. A aceitação da morte cerebral é compreensível porque todo o funcionamento do cérebro está irremediavelmente perdido.	0,597
		6i. Eu não me oponho à doação de órgãos devido a crenças religiosas.	0,465
		20. Se eu for dador, os médicos depois da minha morte poderão retirar os meus órgãos para doação, mesmo que a minha família se oponha.	0,548

Factor ou Dimensão	α de Cronbach	Itens	Peso Factorial
		21. Quando os órgãos são retirados do doente em morte cerebral, este não sente nenhuma dor.	0,580
		22. Regra geral, prolongar a vida para usar os órgãos para transplantes é apropriado.	0,449
		23. Os transplantes de órgãos mudarão favoravelmente a qualidade de vida do paciente receptor.	0,655
		24. A aceitação da morte cerebral poderá reduzir as despesas médicas e o sofrimento psicológico da família.	0,542
		25. A transplantação de órgãos não é dispendiosa tendo em conta o facto que pode salvar vidas.	0,494
		28i. Dependendo das circunstâncias, os órgãos não poderão ser vendidos.	0,580
Factor 3 Desconforto com doação de órgãos	0,640	2. Tenho receio em aceitar a morte cerebral pela possibilidade de existir um diagnóstico errado por parte do médico.	0,723
		3. Retirar órgãos de uma pessoa antes do coração parar de bater é uma violação de direitos.	0,570
		19. Se o Ministério da Saúde souber da minha vontade de doar órgãos não cuidarão de mim adequadamente, o que causará a minha morte prematura.	0,327
		26. A transplantação de órgãos é mais dispendiosa do que o tratamento de órgãos que não funcionem.	0,611
		27. Os custos da transplantação de órgãos só estão acessíveis aos ricos.	0,612
		32i. Eu acredito que dar apoio à família do dador é menos stressante do que prestar cuidados ao dador.	0,398
		36. A preocupação de cuidar um indivíduo em morte cerebral é maior do que eu consigo suportar.	0,623
Factor 4 Tristeza com a doação de órgãos	0,723	13. A minha família ficaria triste quando lhes fosse pedido o consentimento da doação de órgãos depois da minha morte cerebral.	0,887
		14. Se me questionassem acerca da doação de órgãos da minha família, eu ficaria triste.	0,887
Factor 5 Experiência Gratificante	0,654	34. Sinto orgulho por estar envolvido nos cuidados aos receptores.	0,862
		35. Trabalhar com os receptores influenciou positivamente a minha opinião acerca da doação de órgãos.	0,862

Verifica-se que o factor disposição em ser dador apresenta uma consistência interna boa ($\alpha=0,830$), segundo Pestana e Gageiro (2001). É composto por seis itens que caracterizam a vontade dos enfermeiros em doar os seus órgãos e os da sua família.

O factor melhoria da qualidade de vida apresenta uma consistência interna fraca ($\alpha=0,685$), de acordo com Pestana e Gageiro (2001). É composto por nove itens que caracterizam o favorecimento da qualidade de vida do receptor através da doação de órgãos de doentes em morte cerebral e demonstram a aceitação da morte cerebral pelos enfermeiros.

O factor desconforto com a doação de órgãos apresenta uma consistência interna fraca ($\alpha=0,640$), segundo Pestana e Gageiro (2001). É composto por sete itens. Este factor reflecte o desconforto dos enfermeiros perante dadores de órgãos em morte cerebral.

O factor tristeza com a doação de órgãos apresenta uma consistência interna razoável (Pestana & Gageiro, 2001), com $\alpha=0,723$. É constituído por dois itens que reflectem a tristeza dos enfermeiros perante a doação de órgãos.

O factor experiência gratificante apresenta uma consistência interna fraca (Pestana & Gageiro, 2001), com um $\alpha=0,654$. É constituído por dois itens que reflectem o orgulho dos enfermeiros em estar envolvidos nos cuidados dos receptores de órgãos.

Para cada factor foi calculada a média ponderada dos itens correspondentes, utilizando como ponderadores os pesos factoriais, tendo resultado cinco variáveis quantitativas que irão ser analisadas em termos descritivos no capítulo 8.3 e comparadas por grupos no capítulo 8.4.

7.3. Recolha de dados

Foi solicitada a respectiva autorização aos autores do instrumento das atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos para utilização do mesmo (Anexo E).

Após a autorização do Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Faro (Anexo F) e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Anexo G) para realização da investigação, a recolha de dados efectuou-se entre Janeiro e Abril de 2008.

Os questionários foram entregues a cada participante informando-os dos objectivos do estudo e do anonimato dos dados fornecidos, sendo solicitado o consentimento informado dos mesmos (Anexo H). A recolha dos questionários foi feita, sempre que possível, imediatamente após o preenchimento, mas na maioria das vezes no final de cada semana, sendo colocados num envelope com o nome do investigador. Da mesma forma que foi permitida a possibilidade aos participantes de participar ou não no estudo, garantindo o anonimato e confidencialidade, relativamente aos tratamento e análise dos dados, bem como na apresentação dos resultados.

7.4. Tratamento de dados

A informação recolhida foi posteriormente organizada e analisada. O tratamento dos dados foi feito através de análise estatística recorrendo à aplicação do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 14.0.

A análise descritiva dos dados foi feita construindo tabela de frequências e calculando as seguintes medidas descritivas: médias, medianas, desvios padrão, máximos e mínimos. Foi considerado um nível de significância estatística de $\rho=0,05$.

Para análise das relações entre as variáveis, de forma a comparar medidas contínuas ou ordenáveis entre grupos independentes, utilizamos testes não paramétricos, por não se verificar a normalidade das distribuições das variáveis dependentes, nomeadamente o teste de Mann-Whitney (MW) quando a variável independente define duas categorias e o teste de Kruskal-Wallis (KW) quando a variável independente define três ou mais categorias.

Recorreu-se à estatística inferencial para estudar a influência das variáveis (independentes) sócio-demográficas e da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos nas atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos, tendo os factores: disposição em ser dador; melhoria da qualidade de vida; desconforto com doação de órgãos; tristeza com a doação de órgãos e experiência gratificante o papel de variáveis dependentes.

8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados encontrados numa amostra constituída por 130 enfermeiros do serviço de Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Faro E.P.E. e do serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio E.P.E.

8.1. Caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros

Na tabela seguinte apresentamos a caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros.

Tabela 8. Caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros

Variáveis	Categorias	N (130)	%
Sexo	Feminino	86	66,2
	Masculino	44	33,8
Faixa Etária	menos que 26 anos	29	22,3
	26 a 30 anos	34	26,2
	31 a 35 anos	25	19,2
	36 a 40 anos	25	19,2
	mais que 40 anos	17	13,1
Estado Civil	Solteiro	67	51,5
	casado/união de facto	43	40,8
	viúvo/divorciado	10	7,7
Categoria Profissional	enfermeiro nível 1	62	47,7
	enfermeiro graduado	65	50
	enfermeiro especialista	3	2,3
Instituição	Hospital de Faro	74	56,9
	CHBA	56	43,1
Serviço	Urgência	78	60
	UCI	52	40

Variáveis	Categorias	N (130)	%
Tempo de profissão	menos que 3 anos	30	23,1
	3 a 5 anos	24	18,5
	6 a 9 anos	18	13,8
	10 ou mais anos	58	44,6
Tempo de serviço	menos que 3 anos	54	41,5
	3 a 5 anos	30	23,1
	6 a 9 anos	27	20,8
	10 ou mais anos	19	14,6
Vínculo	Quadro	71	54,6
	Contrato	59	45,4
Religião	Católica	100	76,9
	não católicos	24	18,5
	não responde	6	4,6

A amostra é maioritariamente feminina, das quais 66,2% são mulheres e 33,8% são homens.

No que concerne às idades 49% dos participantes têm menos que 30 anos de idade e 51% tem mais do que 31 anos de idade. O máximo de idade dos participantes é 53 anos e o mínimo é 22 anos. A média das idades é 32,23 anos, sendo a mediana 31 e o DP = 7,670.

Quanto ao estado civil 51,5% dos participantes são solteiros, 40,8% são casados ou vivem em união de facto e 7,7% são viúvos ou divorciados.

A distribuição dos enfermeiros segundo a categoria profissional mostra-nos que 50% dos participantes são Graduados (tendo 6 ou mais anos de profissão), 47,7% são enfermeiros de nível 1 (têm até 5 anos de profissão ou poderão ter mais, mas não progrediram na carreira visto encontrarem-se numa situação de contrato) e 2,3% são enfermeiros Especialistas (têm uma formação pós-básica de 2 anos).

Dos participantes 56,9% exercem funções no Hospital de Faro E.P.E. e 43,1% exercem funções no CHBA.

Os participantes distribuem-se em relação ao serviço onde exercem funções da seguinte forma, 60% desempenha funções nos Serviços de Urgência e 40% nas UCI.

Quanto ao tempo de profissão a média de anos são 8,91 e o DP=7,407.

Quanto ao tempo de serviço do total de participantes o máximo de anos é 22 e o mínimo é 0 (zero) anos. A média de anos é 4,75 anos, a mediana são 3 anos e o desvio padrão é de 4,707. De referir que mais de metade dos participantes exercem funções no actual serviço há menos de cinco anos.

Em relação ao vínculo com a Instituição 54,6% dos participantes pertencem ao Quadro da Instituição, possuem um vínculo definitivo e 45,4% têm um Contrato Individual de Trabalho, temporário, com a Instituição onde trabalha.

Do ponto de vista religioso esta amostra é maioritariamente católica, visto que 76,9% dos participantes referiram ser católicos.

8.2. Caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos

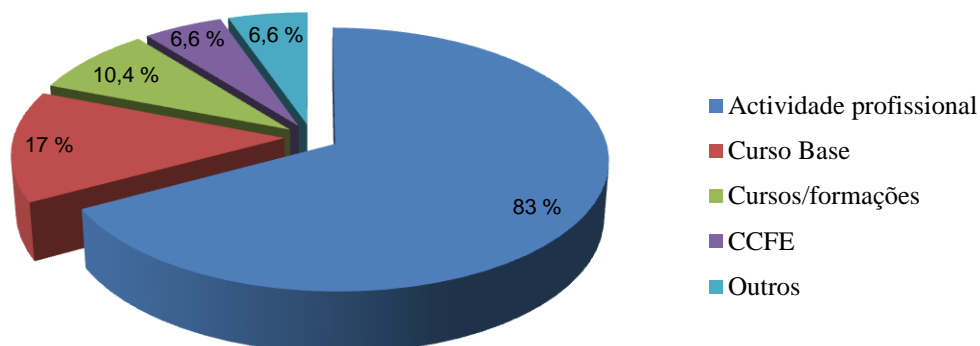
Na seguinte tabela apresentamos a caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos.

Tabela 9. Caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos

Variáveis	Sim		Não	
	N	%	n	%
Conhecimentos dos critérios de morte cerebral	106	81,5	24	18,5
Conhecimento dos requisitos necessários à colheita de órgãos em dadores cadáveres para transplantação	82	63,1	48	36,9
Experiência com dadores cadáveres	83	63,8	47	36,2
Experiência com receptores de órgãos	16	12,3	114	87,7
Conhecimento dos procedimentos necessários à manutenção do dador de cadáver	81	62,3	49	37,7
Interesse em receber formação nesta área	111	85,4	18	13,8

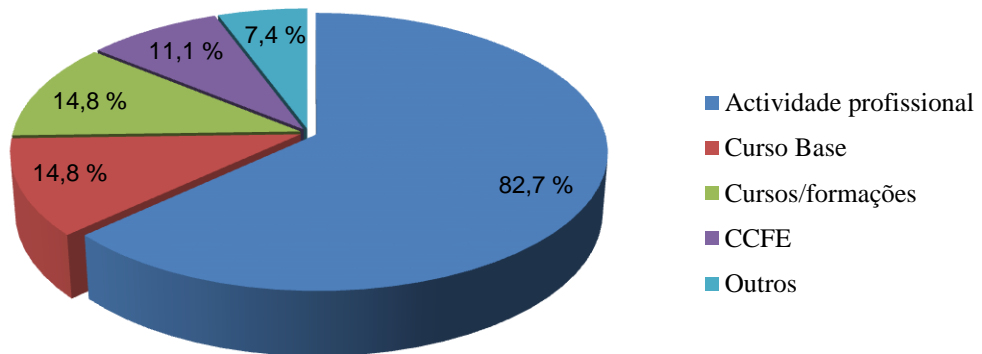
Quando questionados em relação aos conhecimentos dos critérios de morte cerebral 81,5% (106) dos enfermeiros referiram que tinham conhecimento dos critérios. Sendo que a aquisição desses conhecimentos foi efectuada através de diversas formas, conforme a distribuição descrita no gráfico 12. Sendo que a maior percentagem, 83% referiram ter adquirido os conhecimentos dos critérios de morte cerebral no decorrer da actividade profissional. O curso base (Bacharelato em Enfermagem ou Licenciatura em Enfermagem) e outros cursos/formações foram também os mais referidos com 17% e 10,4% respectivamente. De salientar que os outros meios referidos que permitiram a aquisição de conhecimentos foram: a internet, pesquisa bibliográfica, formação em serviço e curso de especialização em enfermagem.

Gráfico 12. Aquisição de conhecimento dos critérios de morte cerebral



Quanto aos conhecimentos dos requisitos necessários à colheita de órgãos em dadores cadáveres para transplantação 63,1% (82) dos participantes referiram que possuíam os conhecimentos. A aquisição dos conhecimentos dos requisitos foi referida pelos participantes como adquirida de diversas formas de acordo com a distribuição do gráfico seguinte. O curso base (Bacharelato em Enfermagem ou Licenciatura em Enfermagem) e outros cursos/formações foram também os mais referidos com 14,8% cada um. Cerca de 7% referiu que adquiriram os conhecimentos através da internet, legislação, formação em serviço, pesquisa bibliográfica e Curso de Especialização em Enfermagem.

Gráfico 13. Aquisição do conhecimento dos requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para transplantação



Quando questionados em relação à existência de informação no serviço relativamente à colheita de órgãos em doadores cadáveres, 40% (52) dos participantes referiram que existe informação no serviço, 40% (52) referiu que não sabe e 20% (26) disse que não existia informação.

Dos que responderam que existia informação foi inquirido se a mesma se encontrava disponível e facilmente acessível a todos os enfermeiros. Dois dos participantes referiam que não e 50 responderam que a informação se encontrava disponível e facilmente acessível.

Quando questionados se durante o seu percurso profissional já prestaram cuidados a um dador cadáver ou seja tinham experiência em cuidar de pacientes doadores cadáveres, 63,8% (83) dos participantes responderam positivamente e 36,2% (47) responderam negativamente.

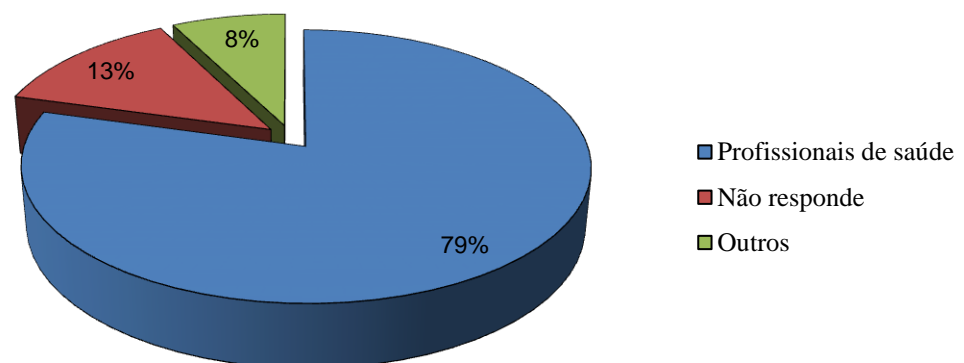
Foi solicitado aos participantes referir se durante o seu percurso

profissional já prestou cuidados a um receptor de órgãos, 87,7% (114) os participantes responderam que não e 12,3% (16) responderam que já prestaram cuidados a um receptor de órgãos.

Quando inquiridos sobre o conhecimento dos procedimentos necessários à manutenção do dador de cadáver 62,3% (81) dos participantes referiram que possuíam esse conhecimento e 37,7% (49) referiram que não possuíam conhecimento dos procedimentos.

Foi solicitado aos participantes saber se em caso de dúvidas, durante o processo de manutenção do dador de órgãos, a quem recorriam. Assim, dos 130 participantes 79,2% (103) responderam que recorriam a outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros das UCI, chefia, enfermeiros com mais experiência, 13,1% (17) não responderam à questão e os restantes 7,6% (10) responderam que recorriam à Comissão de Ética, ao Gabinete de Transplantes, documentação do serviço e internet.

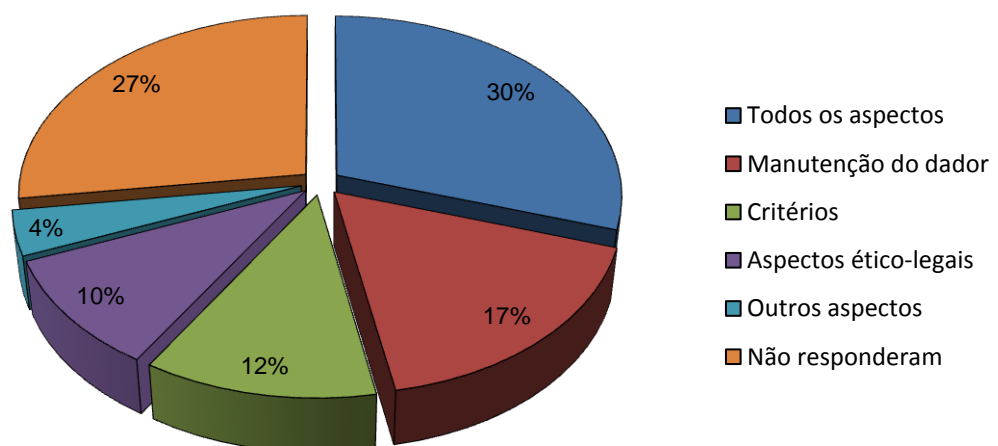
Gráfico 14. Durante o processo de manutenção do dador de órgãos, em caso de dúvidas a quem recorriam?



Quando questionados se gostariam receber formação nesta área 85,4% (111) referiam que gostariam e os restantes 13,8% (18) referiam que não gostariam de receber formação na área. De referir que 1 (0,8%) dos participantes não respondeu.

Dos que gostariam receber formação foi solicitada a sua participação para saber sobre que aspectos. Dos 111 enfermeiros 29,7% (33) referiu que todos os aspectos eram importantes para abordar em formação, 17,1% (19) consideraram que seria importante abordar aspectos relacionados com a manutenção do dador, 11,7% (13) referiam os critérios, 10% (11) considerou os aspectos ético-legais e os restantes 4% (5) indicaram outros aspectos, como a ventilação e procedimentos específicos ao receptor. De referir que 27,0% (30) não especificou nenhum aspecto.

Gráfico 15. Formação na área



8.3. Atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos

No terceiro questionário foi aplicado um instrumento com 38 itens, anteriormente referido no capítulo 7.2.3, cujas frequências observadas para todos os itens serão apresentadas na tabela colocada no Anexo I.

No entanto, tal como referido no capítulo 8.2.3.1, através da análise factorial foram extraídas cinco factores, que se encontram descritos na tabela 10.

Tabela 10. Medidas descritivas dos cinco factores

Factor	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Disposição para ser dador	2	5	4,81	4,52	0,64
Melhoria da qualidade de vida	3	5	4,49	4,40	0,53
Desconforto com doação de órgãos	1	5	2,75	2,72	1,12
Tristeza com a doação de órgãos	1	3	2,33	2,39	0,51
Experiência Gratificante	1	5	3,00	3,21	0,60

Globalmente é possível verificar que a amostra apresenta disposição para ser dadora de órgãos, da mesma forma que considera o transplante de órgãos importante na melhoria da qualidade de vida. De uma forma geral, os enfermeiros não referem desconforto, nem tristeza com a doação de órgãos, no entanto verifica-se que o factor desconforto com doação de órgãos apresenta maior variabilidade com um desvio padrão de 1,12. Em relação ao factor experiência gratificante, os enfermeiros não se manifestaram concordantes nem discordantes em considerar os cuidados aos receptores de órgãos como uma experiência gratificante.

8.4. Estudo dos factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos

Tal como foi referido anteriormente a influência de cada variável nas atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos foi estudada através dos testes não paramétricos Mann-Whitney (MW) e Kruskal-Wallis (KW). As tabelas seguintes apresentam os valores p obtidos para os referidos testes.

Tabela 11. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do sexo (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Sexo				Z	p
	Masculino (n=44)		Feminino (n=86)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,29	,75	4,64	,54	-2,78	,005*
Melhoria da qualidade de vida	4,47	,47	4,37	,55	-0,95	,340
Desconforto com doação de órgãos	2,39	,56	2,39	,48	-0,13	,894
Tristeza com doação de órgãos	2,81	1,18	2,68	1,09	-0,65	,515
Experiência gratificante	3,24	,65	3,19	,57	-0,12	,909

* $p \leq 0,05$

A partir dos resultados expressos na tabela 11 e tendo em conta as médias e o DP das variáveis dependentes nos vários grupos, podemos afirmar que a disposição para ser dador varia consoante o sexo ($p=0,005$), sendo que as mulheres têm maior disposição para serem dadoras. Estas apresentam maior disponibilidade para serem dadoras em relação aos enfermeiros do sexo masculino.

Tabela 12. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Kruskal-Wallis em função do estado civil (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Estado Civil						Chi-square	p
	Casado/União de Facto (n=53)		Solteiro (n=67)		Viúvo/Divorciado (n=10)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,35	,76	4,61	,52	4,79	0,48	4,19	,123
Melhoria da qualidade de vida	4,41	,53	4,36	,54	4,66	0,36	2,22	,329
Desconforto com doação de órgãos	2,26	,49	2,49	,46	2,38	,72	6,69	,035*
Tristeza com doação de órgãos	2,77	1,21	2,71	1,07	2,55	1,09	0,24	,885
Experiência gratificante	3,29	,57	3,19	,56	2,95	0,90	1,45	,485

* $p \leq 0,05$

De acordo com a tabela 12 os resultados mostram que os valores com significado estatístico surgem nos enfermeiros solteiros. Verifica-se, assim que os solteiros apresentam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,035$).

Tabela 13. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Kruskal-Wallis em função da faixa etária (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Faixa Etária										Chi-square	p
	Menos que 26 anos (n=29)		26 a 30 anos (n=34)		31 a 35 anos (n=25)		36 a 40 anos (n=25)		Mais que 40 anos (n=17)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,50	,58	4,66	0,40	4,59	,71	4,30	,73	4,50	,83	4,44	0,350
Melhoria da qualidade de vida	4,29	,54	4,36	,52	4,54	,43	4,31	,56	4,63	,54	7,89	0,096
Desconforto com doação de órgãos	2,63	,49	2,42	,41	2,28	,50	2,24	,53	2,31	,56	10,25	0,036*
Tristeza com doação de órgãos	2,84	1,06	2,51	1,15	2,74	1,19	2,88	1,06	2,68	1,22	2,59	0,628
Experiência gratificante	3,14	,44	3,41	,63	3,22	,65	3,14	,60	3,03	,62	5,32	0,256

* $p \leq 0,05$

Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre a faixa etária no que diz respeito ao desconforto com a doação de órgãos ($p=0,036$), de acordo com a tabela 13. Verifica-se também que o desconforto diminui com o aumento da faixa etária.

Tabela 14. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da categoria profissional agrupada (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Categoria Profissional Agrupada				Z	p
	Nível 1 (n=62)		Graduado e Especialista (n=68)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,60	0,49	4,45	0,75	-0,22	0,825
Melhoria da qualidade de vida	4,36	0,52	4,44	0,53	-0,95	0,342
Desconforto com doação de órgãos	2,49	0,47	2,30	0,52	-2,08	0,037*
Tristeza com doação de órgãos	2,69	1,11	2,76	1,14	-0,41	0,684
Experiência gratificante	3,23	0,49	3,20	0,68	-0,46	0,645

* $p \leq 0,05$

Verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre a atitude dos enfermeiros e a categoria profissional agrupada. Ao observar a tabela 14 constatou-se que os enfermeiros de nível 1 apresentam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,037$).

Tabela 15. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da Instituição (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Instituição				Z	p
	HDF (n=74)		CHBA (n=56)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,47	0,67	4,58	0,59	-0,73	,467
Melhoria da qualidade de vida	4,42	0,58	4,37	0,44	-1,32	,188
Desconforto com doação de órgãos	2,33	0,49	2,47	0,52	-1,55	,120
Tristeza com doação de órgãos	2,68	1,09	2,78	1,17	-0,43	,669
Experiência gratificante	3,20	0,68	3,23	0,48	-0,23	,815

* $p \leq 0,05$

Não se verificaram diferenças significativas entre Instituições, conforme se observa na tabela 15.

Tabela 16. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do serviço (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Serviço				Z	p
	Urgência (n=78)		UCI (n=52)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,49	0,68	4,57	0,57	-0,37	0,710
Melhoria da qualidade de vida	4,37	0,54	4,45	0,51	-0,61	0,541
Desconforto com doação de órgãos	2,52	0,48	2,20	0,48	-3,67	0,000*
Tristeza com doação de órgãos	2,75	1,11	2,68	1,15	-0,38	0,703
Experiência gratificante	3,25	0,69	3,15	0,43	-1,20	0,230

* $p \leq 0,05$

Os resultados do estudo mostram diferenças com significado estatístico entre a atitude dos enfermeiros e o serviço onde exercem funções. De acordo

com a tabela anterior verificou-se que os enfermeiros que trabalham na Urgência apresentam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,000$) contrariamente aos que trabalham nas UCI.

Tabela 17. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Kruskal-Wallis em função do tempo de profissão (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Tempo de Profissão								Chi-square	p
	Menos que 3 anos (n=30)		3 a 5 anos (n=24)		6 a 9 anos (n=18)		10 ou mais anos (n=58)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,53	,56	4,63	,42	4,73	,39	4,41	,78	1,53	0,676
Melhoria da qualidade de vida	4,28	,53	4,37	,51	4,44	,50	4,47	,54	3,31	0,346
Desconforto com doação de órgãos	2,63	,49	2,39	,41	2,35	,40	2,28	,54	8,93	0,030*
Tristeza com doação de órgãos	2,87	1,07	2,60	1,18	2,28	,90	2,84	1,18	4,21	0,240
Experiência gratificante	3,25	,57	3,23	,47	3,61	,76	3,06	,55	10,29	0,016*

* $p \leq 0,05$

Após análise das atitudes dos enfermeiros e o tempo de profissão constatou-se diferenças estatisticamente significativas entre variáveis. Após análise da tabela 17 observou-se que o desconforto diminui com o aumento do tempo de profissão ($p=0,030$) e que os enfermeiros com 6 a 9 anos de profissão são os que consideram uma experiência gratificante o cuidar dos receptores de órgãos ($p=0,016$).

Tabela 18. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Kruskal-Wallis em função do tempo de serviço (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Tempo de Serviço								Chi-square	p
	Menos que 3 anos (n=54)		3 a 5 anos (n=30)		6 a 9 anos (n=27)		10 ou mais anos (n=19)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,57	,508	4,62	,54	4,38	,723	4,42	,93	2,22	0,529
Melhoria da qualidade de vida	4,31	,53	4,52	,46	4,36	,494	4,54	,61	6,26	0,099
Desconforto com doação de órgãos	2,56	,44	2,27	,53	2,18	,47	2,40	,56	11,92	0,008*
Tristeza com doação de órgãos	2,78	1,05	2,43	1,26	2,72	1,04	3,03	1,20	4,16	0,244
Experiência gratificante	3,20	,61	3,23	,64	3,22	,54	3,18	,61	,21	0,976

* $p \leq 0,05$

No estudo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a atitude dos enfermeiros e tempo de serviço ($p=0,008$). Observa-se na tabela anterior que os enfermeiros com menos que 3 anos de serviço apresentam maior desconforto com doação de órgãos. Dos 6 a 9 anos de serviço regista-se um menor desconforto.

Tabela 19. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do vínculo à Instituição (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Vínculo à Instituição				z	p
	Quadro (n=71)		Contrato (n=59)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,45	0,74	4,60	0,49	-,07	0,944
Melhoria da qualidade de vida	4,46	0,53	4,34	0,52	-1,41	0,157
Desconforto com doação de órgãos	2,28	0,50	2,52	0,48	-2,65	0,008*
Tristeza com doação de órgãos	2,76	1,11	2,68	1,14	-,47	0,640
Experiência gratificante	3,21	0,65	3,21	0,53	-,14	0,889

* $p \leq 0,05$

Constata-se diferenças com significado estatístico entre a atitude dos enfermeiros e o vínculo na Instituição ($p=0,008$). A tabela 19 indica-nos que os enfermeiros contratados (com vínculo precário) apresentam desconforto com a doação de órgãos em relação aos enfermeiros do quadro (com vínculo definitivo).

Tabela 20. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da religião (n=124)

Atitudes dos enfermeiros	Religião				z	p
	Católica (n=100)		Não Católica (n=24)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,52	0,65	4,58	0,59	-,48	0,634
Melhoria da qualidade de vida	4,35	0,54	4,60	0,42	-1,87	0,061
Desconforto com doação de órgãos	2,39	0,49	2,40	0,59	-,21	0,832
Tristeza com doação de órgãos	2,77	1,14	2,46	1,06	-1,15	0,249
Experiência gratificante	3,20	0,59	3,25	0,71	-,07	0,942

* $p \leq 0,05$

Após análise da atitude dos enfermeiros em função da religião verificou-se que não se registam diferenças significativas entre as atitudes dos participantes e a religião, conforme apresentado na tabela anterior.

Tabela 21 - Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do conhecimento dos critérios de morte cerebral (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Conhecimento dos critérios de morte cerebral				z	p
	Não (n=24)		Sim (n=106)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,39	0,66	4,55	0,63	-1,51	,130
Melhoria da qualidade de vida	4,15	0,52	4,46	0,51	-2,69	,007*
Desconforto com doação de órgãos	2,75	0,50	2,31	0,47	-3,86	,000*
Tristeza com doação de órgãos	2,69	0,86	2,73	1,18	-,08	,940
Experiência gratificante	3,17	0,55	3,22	0,61	-,05	,960

* $p \leq 0,05$

Constatou-se diferenças com significado estatístico entre as atitudes dos enfermeiros e o conhecimento dos critérios de morte cerebral. Na tabela 21 verifica-se que os enfermeiros que têm conhecimento dos critérios de morte cerebral consideram a transplantação importante na melhoria da qualidade de vida do receptor ($p=0,007$). Os que não têm conhecimentos referem desconforto com a doação de órgãos ($p=0,000$).

Tabela 22. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do conhecimento dos requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para transplantação (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Conhecimento dos requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para transplantação				z	p
	Não (n=48)		Sim (n=82)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,51	,58	4,53	,67	-1,19	,234
Melhoria da qualidade de vida	4,29	,50	4,47	,53	-2,04	,041*
Desconforto com doação de órgãos	2,56	,52	2,29	,47	-3,04	,002*
Tristeza com doação de órgãos	2,72	1,09	2,73	1,15	-,06	,949
Experiência gratificante	3,23	,71	3,20	,52	-,32	,751

* $p \leq 0,05$

Após aplicação do teste Mann-Whitney obteve-se resultados estatisticamente significativos entre a atitude dos enfermeiros e o conhecimento dos requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para transplantação. Na tabela anterior é possível verificar que dos enfermeiros que têm conhecimentos dos requisitos necessários à colheita de órgãos em doadores cadáveres para transplantação consideram a transplantação importante na melhoria da qualidade de vida ($p=0,041$). Constata-se também que os enfermeiros que possuem conhecimentos dos requisitos manifestam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,002$).

Tabela 23. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da experiência com dadores cadáveres (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Experiência com dadores cadáveres				z	p
	Não (n=47)		Sim (n=83)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,49	,64	4,54	,64	-,92	,357
Melhoria da qualidade de vida	4,32	,54	4,45	,52	-1,43	,153
Desconforto com doação de órgãos	2,61	,49	2,27	,47	-3,67	,000*
Tristeza com doação de órgãos	2,79	1,15	2,69	1,11	-,33	,737
Experiência gratificante	3,11	,62	3,27	,58	-1,30	,194

* $p \leq 0,05$

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a atitude dos enfermeiros e a sua experiência com dadores cadáveres. Os enfermeiros que durante o percurso profissional não prestaram cuidados a um dador cadáver manifestam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,000$), conforme é possível observar na tabela 23.

Tabela 24. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função da experiência com receptores de órgãos (n=130)

Atitudes dos enfermeiros	Experiência com receptores de órgãos				z	p
	Não (n=114)		Sim (n=16)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,53	,63	4,47	,69	-,48	,633
Melhoria da qualidade de vida	4,41	,54	4,38	,44	-,50	,618
Desconforto com doação de órgãos	2,42	,50	2,16	,48	-1,97	,048*
Tristeza com doação de órgãos	2,75	1,11	2,53	1,26	-,84	,398
Experiência gratificante	3,16	,52	3,59	,92	-2,01	,045*

* $p \leq 0,05$

Também foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre a atitude dos enfermeiros e a sua experiência com receptores de órgãos. Observa-se na tabela 24 que os enfermeiros que prestaram cuidados a um receptor de órgãos consideram uma experiência gratificante ($p = 0,45$). Os que não prestaram cuidados a um receptor de órgãos manifestam desconforto com a doação de órgãos ($p = 0,048$).

Tabela 25. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função dos conhecimentos dos procedimentos necessários à manutenção do dador cadáver ($n = 130$)

Atitudes dos enfermeiros	Conhecimento dos procedimentos necessários à manutenção do dador de cadáver				z	p
	Não (n=49)		Sim (n=81)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,51	0,62	4,53	,65	-,79	,431
Melhoria da qualidade de vida	4,34	0,51	4,44	,53	-1,33	,184
Desconforto com doação de órgãos	2,59	0,51	2,27	,47	-3,50	,000*
Tristeza com doação de órgãos	2,69	1,09	2,74	1,15	-,27	,784
Experiência gratificante	3,16	0,66	3,24	,55	-,62	,536

* $p \leq 0,05$

Existem diferenças com significado estatístico entre a atitude dos enfermeiros e o conhecimento dos procedimentos necessários à manutenção do dador cadáver. Os enfermeiros que referem não ter conhecimento dos procedimentos necessários à manutenção do dador cadáver apresentam desconforto com a doação de órgãos ($p = 0,000$), conforme se verifica na tabela 25.

Tabela 26. Médias, Desvios-Padrão das atitudes dos enfermeiros e teste Mann-Whitney em função do interesse em receber formação na área (n=129)

Atitudes dos enfermeiros	Interesse em receber formação na área				z	p
	Não (n=18)		Sim (n=111)			
	M	DP	M	DP		
Disposição em ser dador	4,21	,80	4,57	0,60	-2,00	,046*
Melhoria da qualidade de vida	4,26	,60	4,42	,51	-1,06	,290
Desconforto com doação de órgãos	2,33	,59	2,40	,49	-,70	,484
Tristeza com doação de órgãos	2,78	1,20	2,71	1,12	-,21	,837
Experiência gratificante	2,89	,50	3,26	,59	-2,29	,022*

* $p \leq 0,05$

Verificam-se diferenças significativas entre o interesse dos participantes em receber formação na área e os factores Disposição para ser dador ($p=0,046$) e Experiência Gratificante ($p=0,022$). Os enfermeiros que gostariam receber formação manifestam-se com disposição para ser dadores. Os enfermeiros que manifestam interesse em receber formação na área consideram cuidar de receptores de órgãos como uma experiência gratificante.

9. DISCUSSÃO

Concluída a análise e tratamento estatístico dos dados obtidos, serão agora discutidos os resultados tendo em conta estudos e autores já referenciados. Assim, para responder à questão “Qual a atitude dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos e das Urgências de adultos do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio perante a morte cerebral e a transplantação de órgãos?” serão seguidamente discutidos os resultados apresentados no capítulo anterior.

Após análise da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos constatou-se que 81,5% dos enfermeiros referiram que tinham conhecimento dos critérios de morte cerebral, 63,1% referiram que conheciam os requisitos necessários à colheita de órgãos em dadores cadáveres para transplantação e 62,3% referiram possuir conhecimentos sobre os procedimentos necessários à manutenção do dador cadáver, sendo que mais de 80% referiram ter adquirido os conhecimentos no decorrer da actividade profissional. Também Sharp (2009) identificou deficiências no conhecimento sobre os procedimentos de manutenção dos dadores de órgãos e critérios de morte cerebral. Kim *et al.* (2006b) verificaram que a maioria das enfermeiras das UCI tinha um elevado nível de conhecimento sobre os testes de diagnóstico médico para determinar a morte cerebral e os seus resultados, mas menos conhecimentos relacionados com os critérios de exclusão da morte

cerebral. Pont Castellana e colaboradores (2008) constataram também a falta de conhecimentos em comunicação, transmissão de más notícias e apoio no luto. Outros estudos (Collins, 2005; Elding & Scholes, 2005; Sque *et al.*, 2000) observaram um desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo de doação. O curso base (Bacharelato em Enfermagem ou Licenciatura em Enfermagem) e outros cursos/formações foram os mais referidos como fontes de informação em relação à doação e transplantação de órgãos. Matten *et al.* (1991) também referem como uma das principais fontes de informação em relação à doação e transplantação de órgãos e tecidos a formação em serviço ou programas de educação a nível hospitalar. No entanto Kim *et al.* (2006b) verificaram que mais de 89% das enfermeiras nunca tinham participado em seminários ou conferências relacionadas com morte cerebral e/ou transplantação de órgãos. Dos enfermeiros inquiridos 85,4% referiam que gostariam receber formação na área dos transplantes. Também num estudo efectuado por Cantwell e Clifford (2000) cerca de 83% dos profissionais de saúde demonstraram motivação para receber formação complementar sobre o luto. Resultados semelhantes foram obtidos por Ozdag (2001), em que os enfermeiros foram unânimes em identificar a necessidade de educação sobre os aspectos relacionados com a morte cerebral e a doação de órgãos, especificamente na abordagem à família para informar e solicitar os órgãos, bem como para apoiar a mesma durante todo o processo.

Globalmente e de acordo com os factores extraídos, ainda sem relacioná-los com as variáveis de caracterização sócio-demográfica e de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos, os enfermeiros apresentam disposição para ser dadores de órgãos.

Outros autores também verificaram uma relação significativa entre a atitude positiva dos profissionais de saúde e a sua vontade pessoal em doar órgãos, sendo que a maioria das enfermeiras manifestaram atitudes positivas para a doação e transplante de órgãos (Cantwell & Clifford, 2000; Kim *et al.*, 2006a; Ozdag, 2001). Da mesma forma, os enfermeiros consideram o transplante de órgãos importante na melhoria da qualidade de vida do receptor. Estudos de Matten *et al.* (1991) verificaram que os enfermeiros concordavam que a transplantação de órgãos é importante para ajudar outras pessoas que estejam doentes. Para Kim *et al.* (2006a) a aceitação da morte cerebral pode reduzir os custos e os encargos das famílias no apoio psicológico.

Este estudo também sugeriu que, de uma forma global, os enfermeiros não referem desconforto, nem tristeza com a doação de órgãos. Resultados semelhantes mostraram que os enfermeiros expressam atitudes positivas perante a doação de órgãos, o que lhes permite sentirem-se menos desconfortáveis durante o processo de doação de órgãos em relação às famílias dos doadores cadáveres (Matten *et al.*, 1991; Sque *et al.*, 2000; Watkinson, 1995). Contrariamente a este facto Kim *et al.* (2006a) constataram que cerca de metade das enfermeiras manifestaram desconforto com doação de órgãos, e preferiu manter o corpo intacto após a morte.

Em relação ao factor experiência gratificante, globalmente os enfermeiros não se manifestaram concordantes nem discordantes em considerar os cuidados aos receptores de órgãos como uma experiência gratificante. Num estudo de Kim *et al.* (2006a) apenas uma pequena percentagem dos enfermeiros referia orgulho em estar envolvido no processo de doação e

transplante de órgãos e consideraram que cuidar pacientes em morte cerebral como uma experiência gratificante.

Após análise das relações entre as variáveis, com o objectivo de estudar a influência das variáveis sócio-demográficas e da experiência dos enfermeiros nas atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos, verificaram-se algumas diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas.

Verificou-se, assim, que na amostra do estudo a disposição para ser dador variou consoante o sexo ($p=0,005$), sendo que as mulheres têm maior disposição para serem dadoras. Também Matten e colaboradores (1991) mostraram que os enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, tinham consistentes crenças e atitudes positivas para algumas questões relacionadas com a doação de órgãos. Já Cohen e colaboradores (2008) não verificaram diferenças significativas entre sexos.

Constatou-se que os enfermeiros solteiros referiam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,035$) em relação aos casados/união de facto/viúvos ou divorciados. No entanto, da pesquisa efectuada não se encontraram estudos que apoiassem ou negassem este facto.

Observaram-se diferenças significativas entre faixas etárias no que diz respeito ao desconforto com a doação de órgãos ($p=0,036$). Quanto menor a idade, maior o desconforto, diminuindo assim, o desconforto com o aumento da faixa etária. Também Cohen e colaboradores (2008) verificaram que a idade mais elevada estava associada a uma atitude mais positiva dos enfermeiros perante a morte cerebral ($p < 0.001$). No entanto, outros autores (Ríos e

colaboradores, 2007; Ríos, Ramírez e colaboradores 2008) verificaram que os profissionais mais jovens eram os que tinham uma atitude mais favorável em relação à doação de órgãos.

Constatou-se que os enfermeiros de nível 1, apresentavam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,037$) em relação aos enfermeiros graduados e especialistas. Também se verificou diferenças estatisticamente significativas entre o desconforto com a doação de órgãos e o tempo de profissão dos enfermeiros ($p=0,030$), sendo que a um maior tempo de profissão é referido menor desconforto. Verificou-se também que os enfermeiros com 6 a 9 anos de profissão são os que consideram a doação de órgãos uma experiência gratificante ($p=0,016$). O estudo mostrou existirem diferenças com significado estatístico entre o tempo de exercício no serviço e o factor desconforto com doação de órgãos ($p=0,008$). Constatou-se, assim que os enfermeiros com menos que 3 anos no serviço apresentam maior desconforto e que dos 6 a 9 anos regista-se um menor desconforto. Também se verificou que os enfermeiros contratados (vínculo precário) apresentam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,008$). Da pesquisa efectuada não se encontraram estudos com resultados discordantes, no entanto Duke *et al.* (1998) constataram que os enfermeiros com experiência hospitalar indicaram uma maior disposição para cuidar dos doadores do que aqueles com formação académica e Watkinson (1995) concluiu que os enfermeiros com 6 a 10 anos de experiência em cuidados intensivos tinham um maior conhecimento sobre morte cerebral que os restantes ($p < 0,05$).

Verificou-se neste estudo que os enfermeiros que trabalham na Urgência apresentam desconforto com a doação de órgãos contrariamente aos que

trabalham nas UCI ($p=0,000$). Em relação a este dado, existem alguns estudos que, embora não verificassem o desconforto com a doação de órgãos, constataram que os enfermeiros com experiência na área dos transplantes tinham uma atitude mais positiva no decorrer do processo de doação de órgãos (Gaber *et al.*, 1990; Ríos, Ramírez e colaboradores, 2008; Sque *et al.*, 2000). Também Cohen e colaboradores (2008) verificaram que os profissionais das UCI tinham uma atitude mais positiva perante a morte cerebral do que os dos restantes serviços ($p < 0.001$).

O estudo sugeriu que os enfermeiros com conhecimentos sobre os critérios de morte cerebral consideram a transplantação importante na melhoria da qualidade de vida ($p=0,007$). Os enfermeiros que referiram não ter conhecimentos sobre os critérios, referiram desconforto com a doação de órgãos ($p=0,000$). Zambudio e colaboradores (2009) verificaram que quem não entendia o conceito de morte cerebral, ou que estava enganado em relação ao conceito, tinha uma atitude mais negativa do que quem entende o conceito ($p < 0.001$). Igualmente os que referiram ter conhecimentos sobre os requisitos necessários à colheita de órgãos em dadores cadáveres para transplantação consideraram a transplantação importante na melhoria da qualidade de vida dos receptores ($p=0,041$) e os que não tinham conhecimentos dos requisitos sentem desconforto com a doação de órgãos ($p=0,002$). Sharp (2009) destacou que os enfermeiros que não tinham conhecimentos essenciais sobre doação de órgãos, produziam assim uma atitude negativa em relação ao assunto. Também os enfermeiros que desconhecem quais os procedimentos necessários à manutenção do dador cadáver apresentam desconforto com a doação de órgãos ($p=0,000$). Estes resultados são concordantes com estudos

efectuados por Ingram *et al.* (2002); Sharp (2009); Watkinson (1995). Estes estudos sugeriram que os enfermeiros são muito favoráveis para a doação de órgãos e que existe correlação com o conhecimento sobre morte cerebral ($p=0,024$) e sobre doação de órgãos ($p<.001$). White (2003) também identificou que quanto maior conhecimento, melhor confiança dos enfermeiros na capacidade de abordar a família em luto.

Constatou-se que os enfermeiros que durante o percurso profissional não prestaram cuidados a um dador cadáver sentem desconforto com a doação de órgãos ($p=0,000$). Molzahn (1997) refere que 85% dos enfermeiros indicou relutância na aproximação dos potenciais dadores de órgãos. Também Siminoff (1997) refere que a experiência com potenciais dadores envolve uma exposição a um trauma físico e à morte e é uma experiência profundamente perturbadora. Os enfermeiros manifestaram um sentimento de tristeza quando os equipamentos de suporte respiratório foram desligados e as pessoas pareceram realmente morrer. Dos que prestaram cuidados a um receptor de órgãos verificou-se que consideram como uma experiência gratificante ($p=0,45$) e os que não prestaram cuidados a um receptor de órgãos sentem desconforto com a doação de órgãos ($p=0,048$).

Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o interesse dos participantes em receber formação na área e os factores Disposição para ser dador ($p=0,046$) e Experiência Gratificante ($p=0,022$). Os enfermeiros que gostariam receber formação manifestaram-se com disposição para ser dadores. Os que manifestaram interesse em receber formação consideraram cuidar de receptores de órgãos uma experiência gratificante. O estudo de Cohen e colaboradores (2008) demonstrou que os inquiridos que

tinham recebido mais formação específica em relação a morte cerebral tiveram uma atitude positiva. Estes inquiridos, com uma atitude mais positiva, sentiam-se muito mais confortáveis ao informar o transplante de um potencial dador, explicando a morte cerebral à família, introduzindo o tema da doação de órgão, abordando a família sobre a doação e dando apoio no luto familiar.

Após a discussão das atitudes dos enfermeiros das Urgências e UCI de adultos do Hospital de Faro e do CHBA perante morte cerebral e transplantação de órgãos parece-nos necessário analisar quais as implicações para os mesmos, de forma a definir linhas orientadoras para um plano de intervenção em relação à temática.

Sabendo que as atitudes dos profissionais de saúde perante morte cerebral e transplantação de órgãos influenciam significativamente o comportamento das famílias dos dadores de órgãos (Cantwell & Clifford, 2000) e que o conhecimento e competência profissional são cruciais para conquistar a confiança dos familiares e fundamentais na comunicação em todo o processo Meyer e Bjørk (2007), a doação de órgãos é, assim, um desafio para todos os envolvidos. Também Ríos, Martínez e Ramírez (2008) referem que, se os profissionais dos serviços, onde se encontram os dadores de órgãos, mostrarem atitudes pouco favoráveis à doação de órgãos, dificilmente chegaremos a uma plena doação.

Tendo como referência os dados anteriormente discutidos, o conhecimento e uma atitude positiva são aspectos importantes ao fornecer apoio às famílias e nos cuidados prestados aos potenciais dadores (McCoy & Bell, 1994). Torna-se assim importante, definir estratégias que incidam sobre aspectos técnicos do trabalho dos enfermeiros e que se centralizem na vida daqueles que aguardam

o transplante (Siminoff, 1997). Uma equipa sensibilizada, com protocolos de doação de órgãos bem definidos, com responsabilidades atribuídas aos diferentes membros da equipa de aquisição de doadores de órgãos poderia resolver a maioria dos dilemas morais relacionados com a transplantação de órgãos (Cunningham & Foil, 1989; Meyer & Bjørk, 2007). Outros autores (Collins, 2005; Dalen et al., 1999; Elding & Scholes, 2005; Matten et al., 1991; Moraes & Massarollo, 2009; Neves *et al.*, 2008) defendem a necessidade de implementar programas de informação/formação/educação sobre o processo de doação de órgãos com o objectivo de colmatar a falta de informação e conhecimentos bem como o esclarecimento de dúvidas de alguns profissionais de saúde e implicações decorrentes do desconhecimento desse processo.

Estes programas ajudam os profissionais de saúde implicados no processo de doação de órgãos a melhorar a sua confiança em relação à comunicação com os familiares do potencial dador (Kim *et al.*, 2006b), assim como a serem capazes de oferecer apoio aos familiares, mantendo uma postura ética e de respeito perante o sofrimento das famílias do dador em morte cerebral. Também Aghayan e colaboradores (2009) demonstraram que os programas educativos poderão melhorar o conhecimento dos enfermeiros e o compromisso com o processo de doação de órgãos e, em última análise, aumentar a taxa de doação.

Por conseguinte, é de extrema importância que os hospitais dadores se concentrem em programas de formação regulares para todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de doação de órgãos. Não esquecendo porém que é fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde para a doação de órgãos. Da mesma forma que o apoio emocional deve ser fornecido

às famílias dos doadores, deverá também, se necessário, estender-se aos profissionais de saúde envolvidos no processo de doação.

10. CONCLUSÃO

Os transplantes tocam uma série de questões essenciais e envolvem um conjunto de direitos fundamentais, por isso existem critérios legislados para a utilização dos órgãos. Todo o processo de doação de órgãos é objecto de um enquadramento normativo, nacional e internacional, e no caso de dadores cadáveres, a possibilidade de se proceder à colheita de órgãos tem de ser baseada na sua vontade expressa em vida.

Actualmente os principais dadores de órgãos são por excelência dadores cadáveres e a grande maioria dos portadores de morte cerebral é constituída por pacientes vítimas de traumatismo crânio-encefálico, hemorragia ou isquémia cerebral. A decisão de interromper o tratamento do paciente portador de lesão cerebral grave e iniciar o suporte para potencial dador de órgãos é difícil, tanto do ponto de vista conceptual como do ponto de vista ético segundo Magalhães *et al.* (2004). Para estes autores, apesar das dificuldades, deve ser considerado potencial dador de órgãos todo o paciente cuja terapêutica orientada para o cérebro foi avaliada como ineficaz ou a morte cerebral é iminente ou já ocorreu. Para se poder demonstrar a irreversibilidade do estado de morte cerebral foram definidos critérios de morte cerebral, (Walker, 1978). No entanto, para poderem ser aplicados com segurança, é necessário que se cumpra alguns requisitos (Cruz, 2003). Toda a actividade de transplantação encontra-se regulamentada no nosso País e em 2007 foi criada a Autoridade

para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST), que é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração directa do Estado, dotado de autonomia administrativa, responsável pela coordenação dos transplantes no nosso país.

O transplante é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de doação e transplantação de órgãos. Os profissionais de saúde estão obrigados a promover a saúde em geral, e o transplante é a única possibilidade de saúde para muitos dos pacientes (Ríos, Martínez & Ramírez, 2008). A equipa de saúde é, assim, responsável por accionar todos os meios necessários para que um potencial dador em morte cerebral passe a real dador de órgãos. Apesar da decisão, a indicação e a execução de transplantes não serem competências de enfermagem, o seu papel não é menos importante pois o transplante de órgãos exige não só conhecimento técnico (teórico-prático) como também da cultura e religião das pessoas envolvidas, de forma a adequar as suas intervenções, para que todos sejam beneficiados.

Segundo Treviso (2009) o processo é uma cadeia que necessita de uma equipa multidisciplinar e que deve trabalhar em conjunto. Cada profissional é um elo, e o enfermeiro é o integrador desse elo desde o pré até o pós-operatório, tornando-se uma peça fundamental em todo o processo do transplante.

O transplante veio, assim, realçar a importância da capacidade e da qualificação do enfermeiro que actua nesta área. E para que exista uma assistência de enfermagem de qualidade e diferenciada é preciso que para além do domínio técnico haja sistematização das suas acções, segundo Duarte

et al. (2004). Para estes autores o enfermeiro contribui para o favorecimento da capacidade da equipa em resolver inúmeras questões que envolvem o potencial dador, como sejam técnicas, legais, logísticas e assistenciais, realçando assim, os aspectos técnicos de manutenção do dador e o adequado suporte e acolhimento da família. No entanto, atitudes positivas ou negativas sobre a doação e a transplantação de órgãos, entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde influenciam de forma clara todo o processo (Lara & Ríos, 2008).

Neste sentido e tendo em conta os objectivos definidos, pretendeu-se descrever a experiência dos enfermeiros dos serviços de urgência geral e UCI do Hospital de Faro e do CHBA, em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos. Os principais resultados, obtidos no presente estudo, indicam que os enfermeiros apresentam um elevado nível de conhecimento relativamente aos critérios de morte cerebral e um significativo nível de conhecimento em relação aos requisitos necessários à colheita de órgãos em dadores cadáveres e procedimentos necessários à manutenção do dador cadáver. Também foi possível constatar que a maioria dos enfermeiros tem experiência com dadores de órgãos cadáveres e que considera importante a formação na área dos transplantes.

Em relação à atitude dos enfermeiros perante a morte cerebral e transplantação de órgãos e de uma forma geral, o estudo sugere que os enfermeiros apresentam disposição para ser dadores de órgãos, assim como consideram o transplante de órgãos importante na melhoria da qualidade de vida do receptor. É importante realçar que, globalmente, os enfermeiros não referem desconforto, nem tristeza com a doação de órgãos e manifestam-se

indecisos em considerar os cuidados aos receptores de órgãos uma experiência gratificante.

Pretendeu-se também com este estudo analisar a influência das variáveis sócio-demográficas na atitude dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos. Importa então, evidenciar os resultados com significado estatístico que se obtiveram. No estudo verificou-se que as mulheres têm maior disposição para serem dadoras de órgãos que os homens. O desconforto com a doação de órgãos foi verificado nos enfermeiros, solteiros, com menor idade, logo com menos tempo de profissão e de serviço. Os enfermeiros que trabalhavam na urgência também referiram desconforto com a doação de órgãos, contrariamente aos que trabalham na UCI. Prottas e Batten (1988) também referem que existe um peso emocional elevado em todos os profissionais de saúde que estão envolvidos no processo de doação de órgãos.

Após a análise entre as variáveis que caracterizam a experiência dos enfermeiros e as atitudes dos mesmos perante morte cerebral e transplantação de órgãos, o estudo sugere que os enfermeiros com conhecimentos sobre morte cerebral, requisitos e procedimentos da doação de órgãos consideram a transplantação de órgãos importante na melhoria da qualidade de vida dos receptores. Já, os que não possuem os referidos conhecimentos manifestam desconforto com a doação de órgãos. Este desconforto também foi manifestado pelos enfermeiros que não referiram experiência com dadores e receptores de órgãos. Importa destacar que a manutenção do dador é um trabalho difícil e complicado que se deve fazer com critérios de qualidade e que implica um esforço tanto assistencial, como emocional, segundo Navarro *et al.*

(2006). Os enfermeiros que consideraram cuidar de receptores de órgãos como uma experiência gratificante foram os que já tinham prestado cuidados a um receptor de órgãos. Estes últimos manifestaram interesse em receber formação na área dos transplantes e disposição para serem doadores de órgãos. De referir que a tristeza com a doação de órgãos não foi evidenciada em nenhuma das análises entre as variáveis efectuadas.

Assim, parece-nos importante realçar que a psicologia da saúde ajuda a compreender as atitudes dos profissionais de saúde perante a morte cerebral e a transplantação de órgãos e a evolução do conhecimento poderá contribuir para o aumento do número de doações e conseqüentemente para o aumento do número de transplantes, o que vai permitir o aumento da sobrevivência para as pessoas cujo transplante é a única alternativa e aumento da qualidade de vida para outras (Caballer, 2001).

É necessário, então, promover campanhas de informação e sensibilização, tanto em escala nacional como europeia, sobre a doação de órgãos e de acordo com Zambudio e colaboradores (2009) campanhas dirigidas a enfermeiros são uma prioridade. É essencial perceber e tomar em consideração os factores culturais para a elaboração de programas educativos eficazes sobre as particularidades da morte cerebral, doação de órgãos e transplantes. A informação recolhida neste estudo poderá, assim, ser útil no desenvolvimento de programas de formação/educação, para preparar enfermeiros para a sua actuação no processo de doação de órgãos.

Importa ainda referir, que uma equipa de profissionais de saúde, por sua vez, quando repetidamente exposta a situações de grande tensão emocional, sofre, expõe-se e resiste o melhor que sabe e é capaz, mas precisa igualmente

de apoio e muitas vezes de intervenção específica. Apesar do trauma que a situação do doente lhe possa provocar, espera-se que o profissional supere as suas emoções em benefício dos cuidados com o mesmo, o que nem sempre é fácil e por vezes deixa sequelas relevantes (Carneiro, 2008).

Para concluir interessa mencionar que se encontra consciente das limitações deste estudo. O questionário utilizado não se encontra validado para a população portuguesa e será por isso um factor limitativo deste estudo. No entanto, fica a sugestão de desenvolvimento e validação de um questionário sobre esta temática, aplicado não só a enfermeiros como aos restantes profissionais de saúde envolvidos no processo. A reduzida dimensão da amostra e a localização geográfica da mesma (uma região do País) não nos permite que os resultados sejam generalizados, no entanto, poderão permitir-nos avançar para investigações futuras. Uma outra limitação do estudo prende-se com o facto de não terem sido incluídos na amostra os enfermeiros do pré-hospitalar e do bloco operatório, que apesar de não estarem envolvidos na manutenção do dador, propriamente dito, também poderão fazer parte do processo. Os enfermeiros do pré hospitalar porque muitas das vezes são os primeiros no auxílio ao potencial dador de órgãos e os enfermeiros do bloco, porque são os últimos a receber os dadores de órgãos antes da extracção dos órgãos.

Em suma, de acordo com Cohen e colaboradores (2008), a aceitação e compreensão da morte cerebral estão associadas a um efeito positivo sobre o nível de conforto dos profissionais de saúde no decorrer do processo de doação de órgãos e reforçando uma atitude positiva perante a morte cerebral e

transplantação de órgãos entre os profissionais de saúde, poderá facilitar o processo de aquisição de órgãos.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghayan, H.R.; Arjmand, B.; Emami-Razavi, S.H.; Jafarian, A.; Shabanzadeh, A.R.; Jalali, F.; Goodarzi, P. & Jebelifar, S. (2009). Organ donation workshop - a survey on nurses' knowledge and attitudes toward organ and tissue donation in Iran. *The International Journal of Artificial Organs*, 32 (10), 739-44.
- Aguiar, M.J., Andrade, J.R., Matos, R. & Moreno, R. (2006). *Protocolo para Manutenção Do Dador Multiorgânico e Colheita de Órgãos em ambiente de Medicina Intensiva*. Lisboa: Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação do Hospital de S. José e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2.^a Edição: Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, M. C. (2005). Intervenção em grupo com técnicos de saúde da unidade de cuidados intensivos. In M. P. Guerra & L. Lima (Eds.), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp.211-228). Lisboa: Climepsi.
- Andreu, J. & Torregrosa, J.V. (1993). La era de los trasplantes. *Medicina Clínica*, 100, 32-34.
- Aranzábal, J. (2008). Coordinción del proceso de donación com donante en muerte encefálica. In P. Parrilla, P. Ramírez & A. Ríos (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (pp. 183-184). Madrid: Arán Ediciones, S.L.

- Araújo, R. (2008). Transplante do pulmão: Acordo com Espanha vai continuar. Cinco anos para a auto-suficiência. *Correio da Manhã*. Consultado em 3/1/2009 através de <http://www.correiomanha.pt/noticia.aspx?channelid=F48BA50A-0ED3-4315-AEFA-86EE9B1BEDFF&contentid=636D076E-3306-4FAD-A5B7-33451091FE77>
- Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W. (1996). *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo.
- ASST (2007). Relatório da actividade de colheita e transplantação de 2007. Consultado a 17-2-2010 através de <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio2007.pdf>
- ASST (2008). Apresentação de dados da actividade de colheita e transplantação 2008. Consultado a 17-2-2010 através de <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/BalancoActividade2008.pdf>
- ASST (2009a). Colheita de órgãos 2009. Consultado a 10-3-2010 através de <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SiteColheitaNacional2009VF.pdf>
- ASST (2009b). Transplantação de órgãos 2009. Consultado a 10-3-2010 através de http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Estatistica_Actividade_Transplantacao_Orgaos_%202009.pdf
- Barcelos, M. R. D. (2009). *Integridade da pessoa: Fundamentação ética para a doação de órgãos e tecidos para transplantação*. Mestrado em Bioética apresentada na Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Barclay, L. (2007). *New guidelines issued for family support in patient-centered ICU*. Consultado em 15/2/2007 através de www.medscape.com/viewarticle/5551738
- Barnard, C.N. (1967). A human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town. *South African Medical Journal*, 41, 1271-4.
- Bidigare, S. & Oermann, M. (1991). Attitudes and knowledge of nurse regarding organ procurement. *Heart Lung*, 1, 20-23.

- Blok, G. A.; Dalen J. Van; Jager, K.J.; Ryan, M.; Wijnen, R.M.; Wight, C.; Morton, J.M.; Morley, M. & Cohen, B. (1999). The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): addressing the training needs of doctors and nurses who break bad news, care for the bereaved, and request donation. *Transpl Int.*, 12(3), 161-7.
- Caballer, A.M. (2001). *La actitud e intención de la donación de órganos en la población española: análisis mediante regresión logística multinivel*. Tesis Doctoral apresentada à Universitat Jaume, Castelló de la Palma.
- Calne, R.Y., White D.J., Thiru, S., Evans, D.B., McMaster, P., Dunn, D.C., Craddock, G.N., Pentlow, B.D. & Rolles, K. (1978). Cyclosporin A in patients receiving renal allografts from cadaver donors. *Lancet*, 2 (8104-5), 1323-7.
- Cantwell, M. & Clifford, C. (2000). English nursing and medical students' attitudes towards organ donation. *J Adv Nurs*, 32(4), 961-8.
- Carneiro, A. (2008). Cuidados Intensivos e cuidados paliativos. In A.S. Carvalho (coord.), *Bioética e vulnerabilidade* (pp. 271-286). Coimbra: Almedina.
- Castells, A.M.S. (2007). Enfermeras de quirófanos en el proceso de obtención de órganos torácicos en transplantes. *Index Enferm*, 16 (57). Consultado a 1/9/2009 através de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000200010&script=sci_arttext
- Castro, E. E. C., Fonseca, M. A. A. & Castro, J. O. (2004). Dimensões Psicológicas e Psiquiátricas. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 565-591). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Cohen, J., Ami, S. B., Ashkenazi, T. & Singer, P. (2008). Attitude of health care professionals to brain death: influence on the organ donation process. *Clinical Transplantation*, 22, 211-215.
- Coimbra, A., Quintela, E., Piçarra, G. & Santos, L. (1995). Percepção do Enfermeiro perante a morte cerebral e a doação de órgãos. *Sinais Vitais*, 5, 35-38.

- Collins, T.J. (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive Crit Care Nurs*, 21(4), 226-33.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2007). Comunicação da Comissão Transplantação e Dádiva de Órgãos: acções políticas a nível da Eu. Consultado a 17/09/2007 através de eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0275:FIN:PT:DOC
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1995). Parecer sobre o critério de morte (10/CNECV/95). Consultado a 17/08/2010 através de http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273059437_P010_CriterioDeMorte.pdf
- Council of Europe. (2006). International figures on organ donation and transplantation – 2005. *Newsletter Transplant*, 11 (1). 1- 42. Consultado a 17/09/2007 através de http://www.Coe.Int/T/Dg3/Health/Source/2006transplantnwsltr_En.Pdf
- Cruz, J. (2004). *Morte Cerebral. Do conceito à Ética*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cruz, M. J. S. S. (2003). *O Conceito de Morte Cerebral numa Perspectiva Ética*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Bioética e Ética Médica na Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
- Cunha, G., Martins, M.R., Sousa, R. & Oliveira, F.F. (2007). *Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*. Lisboa: Lidel.
- Cunningham, P. & Foil, M. B. (1989). Transplantation and the trauma surgeon. *Journal of the National Medical Association*, 82 (11), 769-771.
- D'Oliveira, T. (2007). *Teses e dissertações – recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH.
- Daare, A.S. & Marshall, P. (1999). Aspectos culturais e psicológicos do transplante de órgãos. *Servir*, 47 (3), 153-159.
- Dalen, J. Van; Blok, G.A.; Morley, M.J.; Morton, J.; Haase-Kromwijk, B.; Sells, R.A. & Johnson, R.W. (1999). Participants' judgements of the European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): an international comparison. *Transpl Int.*, 12 (3), 182-7.

- Depraz, N. (2005). A ética relacional: uma prática de ressonância interpessoal. *Revista Departamento de Psicologia*, 17 (2), 19-34. Consultado a 23/04/2005 através de www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pld=50104-80232005000200000&ing=pt&nrm=iso
- Diário Oficial de la Unión Europea (2004). Directiva 2004/23/ce del parlamento europeo y del consejo.
- Documento de Consenso Español (1992). Puntos éticos de conflicto que puede generar el transplante de órganos. Consultado a 29/03/2007 através de www.ont.msc.es/donacion/consenso/bioetica.htm
- Duarte, M. M. F., Salviano, M. E. M., & Gresta, M. M. (2004). Assistência de Enfermagem. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 592-598). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Duke, J., Murphy, B. & Bell, A. (1998). Nurses' attitudes toward organ donation: an Australian perspective. *Dimens Crit Care Nurs*, 17 (5), 264-70.
- Duque, C. (1999). Atitudes & Comportamento. Consultado a 11-8-2010 através de <http://www.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>
- Durman, R. & Hudson, S. (1993). Transplants. Protocol for loss. *Nursing Times*, 89(45), 50-52.
- Ehrle, R. (2006). Timely Referral of Potential Organ Donors. *Crit Care Nurse*, 26 (2), 88-93.
- Elding, C. & Scholes, J. (2005). Organ and tissue donation: a trustwide perspective or critical care concern? *Nurs Crit Care*, 10(3), 129-35.
- Escalante, J.L. (1996). La definición de muerte. In J. Gafo (Ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales* (pp. 53-74). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Espiau, J.P. (1997). *El Duelo – Familia e Donación*. Alicante: Departamento de Salud.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.

Consultado a 11-8-2010 através <http://www.people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>

- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, M.M. (2004). Morte Encefálica. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 189). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Fregonesi, A., Glezer, M., Boni, R., Afonso, R. & Garcia, V. (2003). O Processo Doação – Transplante. In W. Pereira, R. Fernandes, & W. Solar (Coord.), *I Reunião de directrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos* (pp. 17-30). São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.
- Gaber, A.O.; Hall, G.; Phillips, D.C.; Tolley, E.A.; Britt, L.G. (1990). Survey of attitudes of health care professionals toward organ donation. *Transplant Proc*, .22(2), 313-5.
- Gamito. C. (2008). *Visão actual e perspectiva para o futuro da Prof^a. Doutora Estela Monteiro sobre o Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia do Hospital de Santa Maria*. Consultado em 3/1/2009 através de <http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Divulgacao/Entrev.Prof.Estela.Monteiro.pdf>
- Garcia, D. (1996). Historia del trasplante de órganos. In Javier Gafo (Ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales* (p.14). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Gil, A.C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4.^a Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Gonçalves, S. & Alcobia, F. (2008). Cuidados de enfermagem ao dador de órgãos em morte cerebral no SUG – Protocolo de actuação. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Consultado a 10/8/2009 através de http://www.scribd.com/doc/7712123/Cuidados-de-Enfermagem-Ao-Doente-Dador-de-Orgaos-Em-Morte-Cerebral-No-SUG?from_email_04_friend_send=1

- González, G. & Carrillo, A. (2008). Mantenimiento del donante multiorgánico en muerte encefálica. In P. Parrilla, P. Ramírez & A. Ríos (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 149). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Gore, S.M., Hinds, C.J. & Rutherford, A. J. (s.d). *Organ donation from intensive care units in England*. Consultado em 21/4/2009 através de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pub-med&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list_uids=2513048
- Guetti, N.R. & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (1), 91-97.
- Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral (1998). *Acta Médica Portuguesa*, 11, 91-95.
- Hardy, J.D., Webb, W.R., Dalton, M.L. & Walker, G.R. (1963). Lung Homotransplantation in Man. *Jama*, 186(12), 1065-1074.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. 2.^a Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ingram, J.E.; Buckner, E.B. & Rayburn, A.B. (2002). Critical care nurses' attitudes and knowledge related to organ donation. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21 (6), 249-55.
- Johnstone, M. (1994). *Bioethics: a nursing perspective*. 4.^aEdição. Sydney: Elsevier.
- Kelly, W.D., Lillehei, R.C., Merkel, F.K., Idezuki, Y. & Goetz, F.C. (1967). Allograft transplantation of the pancreas and duodenum along with the kidney in diabetic nephropathy. *Surgery*, 61(6), 827-37.
- Kim, J.R., Fisher, M.J. & Elliott, D. (2006a). Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: instrument development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 571-582.
- Kim, J.R., Fisher, M.J. & Elliott, D. (2006b). Knowledge levels of Korean intensive care nurses towards brain death and organ transplantation. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (5), 574-580.

- Lara, M. & Ríos, A. (2008). Impacto social de Atención Primaria en la actitud poblacional hacia la donación de órganos. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 689). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Lopes, R. L., Ribeiro, G.C. & Pereira, S. P. (2004). Transplante pulmonar. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 423-424). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- López-Navidad, A. (1997). Historia de la actitud y conducta en la obtención y extracción de órganos y tejidos para trasplantes. In A. López-Navidad, J. Kulisevsky & F. Caballero (Ed.s), *El donante de órganos y tejidos. Evaluación y manejo* (pp. 1-10). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Machado, V. (2009). Doação de órgãos em luta pela vida. *Nacional*, [s.n], 32-35. Consultado em 21/4/2009 através de <http://www.familiacrista.com/cgi-bin/getfromdb.pl?xms=artigos&menu=EEAAuuFpApKekTCedB&ano=2009&mes=04>
- Magalhães, R. A., Sanches, M. D. & Pereira, W. A. (2004). Doador. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 202-203). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Maia, P. (s.d.). *Ética em Medicina Intensiva*. Consultado em 20/12/2005 através de <file:///E:/ÉTICA%20EM%20MEDICINA%20INTENSIVA.htm>
- Manyalich, M., Costa, A. N. & Paez, G. (2009a). IRODaT 2008 International Donation and Transplantation Activity. *Organs, tissues & cells*, 12, 5-8. Consultado a 17-3-2010 através http://www.europeantransplantcoordinators.org/uploads/pdfs/Irodat/01_Irodat_2008.pdf
- Manyalich, M., Costa, A. N. & Paez, G. (2009b). IRODaT 2008 International Donation and Transplantation Activity. *Organs, tissues & cells*, 12, 85-88. Consultado a 17-3-2010 através http://www.europeantransplantcoordinators.org/uploads/pdfs/Irodat/02_Irodat%202008.pdf

- Manyalich, M., Paez, G. & Costa, A. N. (2009). IRODaT 2008 International Donation and Transplantation Activity. *Organs, tissues & cells*, 12, 161-164. Consultado a 17-3-2010 através http://www.eurotransplantcoordinators.org/uploads/pdfs/Irodat/03_Irodat%202008.pdf
- Marín, J.M. (2008). Tipos de donantes de órganos y tejidos. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 97-104). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 3.^a Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, P. A. (2002). *Princípios éticos gerais no agir em enfermagem – “Condicionamentos às Intervenções de Enfermagem Promotoras de Dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI”*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre na Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de Dados com SPSS*. Primeiros Passos. Lisboa: Escolar Editora.
- Matesanz, R. & Miranda, B. (1996). Organ Donation: “The Spanish model”. *Transplantation Proceedings*, 28 (1), 11.
- Matesanz, R. (1999). Council of Europe Consensus Document: «Meeting the organ shortage». *Nefrología*, XIX (4), 2-22.
- Matesanz, R. (2006). El Milagro de los Trasplantes. De la donación de órganos a las células madre. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Matten, M., Sliepecevic, E., Sarvela, P., Lacey, E., Woehlke, P., Richardson, C. & Wright, W. R. (1991). Nurses’ knowledge, attitudes, and beliefs regarding organ and tissue donation and transplantation. *Public Health Reports*, 106 (2), 155-166.
- McCoy, L.K. & Bell, S.K. (1994). Organ donation and the rural critical care nurse. *American Journal of Critical Care*, 3 (6), 473-475.
- Mendes, D. (2007). Doentes morreram à espera de um Rim. *Diário de Notícias*. Consultado a 17/09/2007 através de

http://dn.sapo.pt/2007/09/01/sociedade/103_doentes_morreram_a_espera_rim.html

Meyer, K & Bjørk, I. (2007). Change of focus: from intensive care toward organ donation. *Journal compilation © 2007 European Society for Organ Transplantation*, 21, 133-139.

Mies, S., Palma, T. M., Dias de Almeida, M. & Guardia, B.D. (2005). Transplantes hepáticos. *Einstein*, Suplemento 1, 13-20. Consultado a 20-5-2009 em http://apps.einstein.br/REVISTA/biblioteca/artigos/vol3/suplemento/Vol3_Supl_P13.pdf

Ministério da saúde - Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação – Colheita e Transplantação - 2007/2008. <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/BalancoActividade2008.pdf>

Ministério da Saúde – Portal da Saúde. Doação de Órgãos e Transplantes. <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/doacao+de+orgaos+e+transplantes/transplante.htm>

Ministério da Saúde (1999). Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto - *Verificação da Morte*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (1993). Decreto-Lei n.º 12/93 de 22 Abril – *Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (1994a). Decreto-Lei n.º 235/94 de 11 de Outubro, I Série - B – *Declaração da Ordem dos Médicos*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (1994b). Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro – *Registo Nacional de Não dadores (RENDA)*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2007). Despacho n.º 6537/2007 de 3 de Abril, 2.ª série, n.º 66 - Normas para a selecção do par dador-receptor em homotransplantação com rim de cadáver. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2007a). Decreto Regulamentar n.º 67/2007 de 29 de Maio – *Aprova a orgânica da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação*. Lisboa.

- Ministério da Saúde. (2007b). Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho – *Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplantação de órgãos e tecidos de origem humana*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2008). Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio – *Regulamenta a Rede Nacional de Coordenação de colheita e transplantação*. Lisboa
- Ministério da Saúde. (2009). Lei n.º 12/2009 de 26 de Março – *Estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana, transpondo para a ordem jurídica interna as Directivas n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, 2006/17/CE, da Comissão, de 8 de Fevereiro, e 2006/86/CE, da Comissão, de 24 de Outubro*. Lisboa.
- Miranda, M.P., Genzini, T. & Pereira, W.A. (2004). Transplante de pâncreas e ilhotas pancreáticas. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (p. 358). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Molzahn, A.E. (1997). Knowledge and attitudes of critical nurses regarding organ donation. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8 (2), 13-18.
- Moraes, E. L. & Massarollo, M. C. K. (2009). Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta Paul Enferm*, 22 (2), 131-5.
- Moreira, M.C. V., Sampaio, D.T., Lobo Jr. N.C., Carvalho Oliveira, M.D. & Figueroa, C.C.S. (2004). Transplante cardíaco. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp.390-391). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Mota, A. (1996). Transplantação de órgãos. Actividade em Portugal e alguns aspectos históricos. *Acção Med*, 2, 25-38.
- Navarro, P. N., Rosales, R. L., Fuentes, M. B. & Fernández, B.B. (2006). Manejo del politraumatizado como potencial donante de órganos. In A.Q.

- Suescun & J.M.R. Llevot (Eds.), *Actualización en el manejo del Trauma Grave* (pp. 449-462). Madrid: Ergon.
- Neves, A.R.; Duarte, E. & Mattia, A.L. (2008). Brain death notification and organ donation. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12 (2), 213-8.
- Nitta, J. (2007). Nurses' attitudes toward organ donation and related factors. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 27(3), 30-8.
- Nolan, B. E., Spanos, N. P. (1989). Psychosocial variables associated with willingness to donate organs. *CMAJ*, 141(1), 27-32.
- Ochoa, L. M. (2004). *El Proceso de Donación y Trasplante de Órganos*. Alcalá La Real: Formación Alcalá.
- Organização Portuguesa de Transplantação (2006). *Relatório de Actividades 2005-2006*. Consultado em 11/8/2007 através de www.opt.min-saude.pt
- Osswald, W. (2008). Quem cuida de quem cuida. In A.S. Carvalho (coord.), *Bioética e vulnerabilidade* (pp. 287-292). Coimbra: Almedina.
- Ozdog, N. (2001). The nurses knowledge, awareness and acceptance of tissue-organ donation. *Edtna Erca Journal*, 27(4), 201-6.
- Paolin, A., Manuali, A., Di Paola, F., Boccaletto, F., Caputo, F.P., Zanata, R., Bardin, G. P. & Simini, G. (1995). Reliability in diagnosis of brain death. *Intensive Care Medicine*, 21, 657-62.
- Parrilla, P., Ríos, A. & Ramírez, P. (2008). Perspectiva histórica de los trasplantes. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 35). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Pearson, A., Robertson-Malt, S., Walsh, K. & Fitzgerald, M. (2001). Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 132-139.
- Pereira, A. (2003). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 4.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, W. A. (2004). História dos transplantes. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 1-8). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

- Pereira, W. A., Filho, J. G., Chapchap, P., Filho, E.C. & Linhares Furtado, A.J. (2004). Transplante de fígado. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (p. 299). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2001). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS. 3.ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pita, F. & Carmona, C. (2004). Morte Cerebral - Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 70-75.
- Pont Castellana, T.; Burralló, N.M.; Gozalo, R.M.G.; Barreto, M.; Guilera, E.D.; Díez, J. P.; Granè, N. V.; Barò, P.S. & Vilarnau, R.D. (2008). Health care professionals: what do they know about organ donation? *Progress in Transplantation*, 18 (2), 141-145.
- Prottas, J. & Batten, H.L. (1988). Health professionals and hospital administrators in organ procurement: attitudes, reservations, and their resolutions. *American Journal of Public Health*, 78 (6), 642-645.
- Rede de Referência Hospitalar de Transplantação. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede de Referência Hospitalar de Transplantação. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 24 p.
- Regehr, C., Kjerulf, M., Popova, S. & Baker, A. (2004). Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. *Journal and Clinical Nursing*, 13, 430-437.
- Reis, E. (2001). *Estatística Multivariada Aplicada. 2.ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reitz, B.A., Wallwork, J.L., Hunt, S.A., Pennock, J.L., Billingham, M.E., Oyer, P.E., Stinson, E.B. & Shumway, N.E. (1982). Heart-lung transplantation: successful therapy for patients with pulmonary vascular disease. *The New England Journal of Medicine*, 306 (10), 557-564.
- RevistaHoje. (2006). Portugal desceu para 6º país europeu na colheita de órgãos. *RevistaHoje*. Consultado a 17/09/2007 através de <http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=4039&id=>

- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J.L.P. (2007a). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P. (2007b). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ríos, A. & Ramírez, P. (2008). El personal de Atención Primaria ante la donación y el trasplante de órganos. Actitud y perfiles psicosociales. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 701-8). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Ríos, A., Martínez, L. & Ramírez, P. (2008). El personal hospitalario ante la donación y el trasplante de órganos. Actitud y perfiles psicosociales. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 849-857). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Ríos, A., Ramírez, P., Martínez, L., García, J.A., Montoya, M.J., Lucas, D. & Parrilla, P. (2008). Attitude of Personnel in Hospital Cadaveric Organ Transplant-Related Units Faced with Living Kidney Donation in a Hospital with a Living Kidney Donor Transplantation Program. *Nephron Clinical Practice*, 108, 75-82.
- Ríos, A., Ramírez, P., Martínez, L., Montoya, M.J., Lucas, D., Alcarz, J., Rodrigues, M.M., Rodrigues, J.M. & Parrilla, P. (2006). Are personnel in transplant hospital in favor of cadaveric organ donation? Multivariate attitudinal study in a hospital with a solid organ transplant program. *Clinical Transplantation*, 20 (6), 743-754.
- Ríos, A., Ramírez, P., Rodríguez, M., Martínez, L., Montoya, M., Lucas, D. & Parrilla, P. (2007). Personnel in cadaveric organ transplant-related hospital units faced with living liver donation: an attitudinal study in a Spanish hospital with a cadaveric and living liver transplant programme. *Liver International*, 27 (5), 687-693.
- Ripoll, J. (2008). Evolución de la problemática bioética en la donación de órganos. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 53). Madrid: Arán Ediciones, S.L.

- Romeo, C. M. (1996). Tendencias legales sobre los trasplantes de órganos. In J. Gafo, (Eds.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales* (pp.101-136). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Rubio, N. & Alba, L. (2000). ¿Quieres ser donante? Haz que todos lo sepan. *Viure en Salut*, 47, 7.
- Santos, A.L. (2008). Futilidade Terapêutica. In A.S. Carvalho (coord.), *Bioética e vulnerabilidade* (pp. 253-263). Coimbra: Almedina.
- Seixas, E. (1995). Considerações Ético-Legais na Transplantação e Doação de Órgãos. *Sinais Vitais*, 5, 13-14.
- Serra, H. (2006). Da tecnologia à tecnocracia. Estratégias de poder médico no limiar das fronteiras entre especialidades: o caso da transplantação hepática. In G. Carapinheiro (Org.), *Sociologia da saúde: estudos e perspectivas* (pp. 77-106). Coimbra: Pé de página editores.
- Sgreccia, E. (2009). *Transplante de Órgãos*. Cascais: Príncipia Editora.
- Sharp, T. A. (2009). The impact of trust study days on organ and tissue donation among critical care staff. *JICS*, 10 (3), 189-196.
- Siminoff, L.A. (1997). Withdrawal of treatment and organ donation. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 9, 85-95.
- Sque, M., Payne, S. & Vlachonikolis, I. (2000). Cadaveric donotransplantation: nurses'attitudes, knowledge and behavior. *Social Science & Medicine* 50 (4), 541-552.
- Starzl, T. E., Marchioro, T. L., Von Kaulla, K.N., Hermann, G., Brittain, R. S. & Waddell, W. R. (1963). Homotransplantation of the liver in humans. *Surg Gynecol Obstet*, 117, 659-676.
- Stoeckle, M.L. (1990). Attitudes of critical care nurses toward organ donation. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9 (6), 354-361.
- Tejeda, M. y Sánchez, P. (2000). La muerte cerebral. *Viure en Salut*, 47, 10.
- Terra, C.M., Bousso, A., Martins, F.R.P., Silva, A.F.A., Fernandes, J.C., Baldacci, E.R. & Okay, Y. (1994). Morte Encefálica: Análise. *Pediatria*, 16 (3), 103-112.

- Toledo, L.H. & Palma J.M. (1999). Searching for history in transplantation: early modern attempts at surgical kidney grafting. *Transplantation Proceedings*, 31(7), 2945-2948.
- Topic, I., Brkljacic, T. & Grahovac, G. (2006). Survey of medical students about attitudes toward organ donation. *Dialysis & Transplantation*, Setembro, 1-7.
- Treviso, P. (2009). Atuação da Enfermagem no Transplante de Órgãos e Tecidos. Comunicação apresentada no Fórum Nacional de Enfermagem. Ética e Globalização do Cuidado, Passo Fundo. Consultado a 6/11/2009 através de http://www.hsvp.com.br/noticia_evento.aspx?inf_idinfo=152
- Upton, H. (2001). Origin of drugs in current use: the cyclosporine story. Consultado a 1/9/2009 através de http://www.world-of-fungi.org/Mostly_Medical/Harriet_Upton/Harriet_Upton.htm
- Van Manen, M. (1990). Researching lived experience, human science for an action sensitive pedagogy. London, Ontario, Canada: The althouse press, State University of New York Press.
- Veiga, J.M.B. (2004). Dos critérios de morte cardiopulmonar aos critérios de morte neocortical. *Nursing*, 186, 6-11.
- Wakeford, R. E. & Stepney, R. (2005). Obstacles to organ donation. *British Journal of Surgery*, 76 (5), 435 – 439. Consultado a 25/04/2007 através de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=2736354&dopt=Abstract
- Walker, A. E. (1978). Pathology of brain death. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 315 (1), 272-80.
- Watkinson, M. (1995). A study of the perception and experiences of critical care nurses in caring for potential and actual organ donors: implications for nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 929-940.
- White, G. (2003). Intensive care nurses' perceptions of brain death. *Australian Critical Care*, 16 (1), 7-14.
- Wijdicks, E. F. (2001). The diagnosis of brain death. *N Engl J Med*, 344 (16), 1215-1221.

Wijdicks, E. F. (2002). Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*, 58 (1), 20-25.

www.asst.min-saude.pt

www.chsul.pt/

www.eurotransplant.nl/

www.fairtransplant.org/home/index.php

www.huc.min-saude.pt

www.organdonor.gov

www.tpm.org/

www.transplant.org

www.transplantliving.org

www.transplant-observatory.org/default.aspx

www.unos.org

Zambudio, A.R., Martínez-Alarcón, L., Parrilla, P. & Ramírez, P. (2009). Attitude of nursing staff toward organ donation in a Spanish hospital with a solid-organ transplant program. *Progress in Transplantation*, 19 (4), 371-377.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de dados sócio-demográficos

ANEXO B – Questionário de caracterização da experiência dos enfermeiros em relação à morte cerebral e transplantação de órgãos

ANEXO C – Instrumento de Kim, Fisher e Elliott (2006a)

**ANEXO D – Questionário das atitudes dos enfermeiros
perante morte cerebral e transplantação de órgãos**

**ANEXO E – Autorização para utilização do instrumento de
Kim, Fisher e Elliott (2006a)**

**ANEXO F – Autorização do Conselho de Administração do
Hospital de Faro E.P.E.**

**ANEXO G - Autorização do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio**

ANEXO H – Consentimento informado

**ANEXO I – Frequências observadas para os itens do
questionário das atitudes dos enfermeiros perante morte
cerebral e transplantação de órgãos**
