



CÍNTIA MARCHESAN PASSOS

**COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E
TECIDOS PARA TRANSPLANTES: ABORDAGEM FAMILIAR NO
PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES**

RIO GRANDE

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E
TECIDOS PARA TRANSPLANTES: ABORDAGEM FAMILIAR NO
PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES**

CÍNTIA MARCHESAN PASSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para o título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética Educação e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosemary Silva da Silveira

Co-orientador: Prof. Dr. Guilherme Lerch Lunardi

RIO GRANDE

2018

Ficha catalográfica

P289c Passos, Cíntia Marchesan.

Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes: abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes / Cíntia Marchesan Passos. – 2018.

78p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2018.

Orientador: Dra. Rosemary Silva da Silveira.

Coorientador: Dr. Guilherme Lerch Lunardi.

1. Doação de Órgãos 2. Transplantes 3. Família 4. Ética
5. Trabalhadores I. Silveira, Rosemary Silva da II. Lunardi, Guilherme Lerch III. Título.

CDU 616-089.843

Folha de Aprovação

CINTIA MARCHESAN PASSOS

**COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA
TRANSPLANTES: ABORDAGEM FAMILIAR NO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO,
CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES**

Esta dissertação/tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem/ Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 5 de julho de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



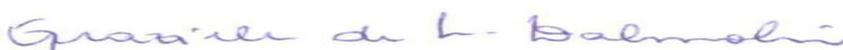
Prof.^a Dr.^a Rosemary Silva da Silveira - Presidente (FURG)



Prof.^o Dr. Guilherme Lerch Lunardi – Co-orientador (FURG)



Prof.^a Dr.^a Laureize Pererira Rocha- Efetivo (FURG)



Prof.^a Dr.^a Grazielle de Lima Dalmolin- Suplente (UFSM)



Prof.^a Dr.^a Valéria Lunardi- Suplente (FURG)



Prof.^a Dr.^a Susi Heliene Lauz Medeiros- Efetivo (FAMED)

Agradecimentos

A Deus em primeiro lugar por me ouvir, atender, acompanhar e nunca me desamparar em toda minha caminhada.

A meus pais, por me ensinaram valores morais e éticos, orientando-me sobre o que é justo e verdadeiro. Acreditaram em mim desde o início e sempre incentivaram em todas as minhas decisões.

Ao meu amor Jayme pelo auxílio, paciência, companheirismo e incentivo nessa trajetória! Por me motivar e acreditar no meu potencial, mesmo nos dias mais cinzas. Por me ajudar a continuar mesmo nos momentos mais difíceis, mais cansativos e mais desgastantes. Por estar ao meu lado diariamente e sendo compreensível e calmo mesmo, quando nem eu conseguia, Amo você vida!

As minhas cunhadas que não mediram esforços para estar comigo no meu tão esperado dia, o da sustentação, vocês são as melhores!

Aos meus amigos que vibraram junto comigo o resultado da seleção do mestrado e que me acompanharam toda essa trajetória, sempre ao meu lado, inclusive no grande dia da sustentação, vocês são minha segunda família!

As minhas amigas do mestrado Jéssica Reis e Fabiane Pinho pela parceria, pelas aulas de virada, pelos cafés, pelos incentivos diante do caos, pelos whats, conversas...enfim...só nós sabemos o que passamos e o quanto essa vitória merece ser comemorada!

As colegas e amigas da FAU, Joana Darc e Fabiane Soares, em amenizar os plantões noturnos e a noites em claro, a fim de que eu conseguisse terminar algum trabalho para entregar no dia seguinte de virada, vocês fazem parte desse título.

A minha eterna equipe da CIHDOTT! Amigos que me ajudaram na construção desse trabalho e proporcionaram a realização de levar um pouco mais sobre transplantes no mundo acadêmico.

A Banca Examinadora pelas contribuições na realização desse estudo. Contribuições essas imprescindíveis para o crescimento profissional.

A minha orientadora que, com sua dedicação, me fez acreditar que poderia fazer melhor. Por sua capacidade de compreender minhas fraquezas e criar formas para meu crescimento pessoal. Ensinou-me muito mais que desenvolver essa pesquisa, me ensinou valores éticos e humanos imprescindíveis para minha caminhada profissional!

E ao meu co-orientador que foi fundamental na conclusão desse trabalho, seus conhecimentos, dedicação, postura e tranquilidade fizeram toda a diferença nessa construção.

Tudo posso naquele que me fortalece.

Filipenses 4:13

RESUMO

PASSOS, Cíntia Marchesan. **Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes.** 2018. 78 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande/RS.

A deficiência de órgãos e tecidos continua sendo um dos maiores obstáculos para as equipes de transplantes. Diante desse cenário, ressalta-se a importância do trabalho realizado pelos membros da Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes na viabilização de órgãos e tecidos para doação. O presente estudo teve como objetivos específicos: identificar o perfil do doador de uma comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes de uma instituição hospitalar do extremo Sul do Brasil e compreender como ocorre a abordagem familiar e o processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes. Tratou-se de um estudo realizado em duas etapas. A primeira etapa quantitativa retrospectiva de caráter documental, na qual a coleta de dados ocorreu através dos 91 Protocolos de Morte Encefálica, entre os anos de 2012 a 2017, cujos dados foram analisados por meio de estatística descritiva através do Software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 21.0. Na segunda etapa da pesquisa, realizou-se uma abordagem qualitativa, através de entrevista com 20 trabalhadores da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de outubro a novembro de 2017. Aplicou-se para a análise, a técnica de Análise Textual Discursiva. Os resultados da pesquisa foram apresentados sob a forma de dois artigos. O primeiro, intitulado “Perfil do doador de órgãos e tecidos para transplantes no extremo Sul do Brasil” e o segundo denominado “Abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes”. Sendo assim, o conhecimento desse trabalho poderá oferecer elementos que norteiem a atuação desses trabalhadores junto aos familiares de potenciais doadores e com isso a possibilidade de reduzir os diversos obstáculos à efetivação da doação de órgãos no Brasil. Percebe-se importância da educação permanente aos trabalhadores de saúde, acerca dos temas relacionados à doação e transplantes. Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética, mediante Parecer 070/2017.

DESCRITORES: Doação de Órgãos; Transplantes; Família; Ética; Trabalhadores.

ABSTRACT

PASSOS, Cíntia Marchesan. **Intra-Hospital Organ Donation and Transplant Tissue Commission: family approach in the process of notification, capture and donation of organs for transplants.** 2018. 78 fls. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande (FURG), Rio Grande / RS.

Deficiency of organs and tissues remains one of the biggest obstacles for transplant teams. In view of this scenario, the importance of the work carried out by the members of the intra-hospital commission of donation of organs and tissues for transplantation in the viability of organs and tissues for donation is emphasized. The objective of the present study was to identify the donor profile of an in-hospital organ and tissue donation commission for transplants from a hospital in the extreme south of Brazil and to understand how the family approach and the process of notification, donation of organs for transplants. It was a two-stage study. The first quantitative documentary phase, in which the data collection took place through the 91 Protocols of Encephalic Death, between the years of 2012 to 2017, whose data were analyzed by means of descriptive statistics through the Statistical Software Statistical Package for Social Sciences version 21.0. In the second stage of the research, a qualitative approach was carried out, through an interview with 20 employees of the in-hospital commission of organ and tissue donation for transplants from October to November 2017. The technique was applied to the analysis of Discursive Textual Analysis. The results of the research were presented in the form of two articles. The first, entitled "Profile of donor of organs and tissues for transplants in the extreme south of Brazil" and the second called "Family approach in the process of notification, capture and donation of organs for transplants." Thus, the knowledge of this work may provide elements that guide the work of these workers with the relatives of potential donors and with this the possibility of reducing the various obstacles to the effective donation of organs in Brazil. The importance of lifelong education to health workers is perceived in the themes related to donation and transplantation. The approval of the Ethics Committee was obtained through Opinion 070/2017.

KEYWORDS: Donation of Organs; Transplants; Family; Ethic; Workers.

RESUMEN

PASSOS, Cíntia Marchesan. **Comisión Intra-Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes: abordaje familiar en el proceso de notificación, captación y donación de órganos para trasplantes.** 2018. 78 fls. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad de Rio Grande (FURG), Rio Grande / RS.

La deficiencia de órganos y tejidos sigue siendo uno de los mayores obstáculos para los equipos de trasplantes. En este contexto, se resalta la importancia del trabajo realizado por los miembros de la Comisión intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos para trasplantes en la viabilidad de órganos y tejidos para donación. El presente estudio tuvo como objetivos: identificar el perfil del donante de una comisión intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos para trasplantes de una institución hospitalaria del extremo sur de Brasil y comprender cómo ocurre el abordaje familiar y el proceso de notificación, donación de órganos para trasplantes. Se trató de un estudio realizado en dos etapas. La primera etapa cuantitativa de carácter documental, en la cual la recolección de datos ocurrió a través de los 91 Protocolos de Muerte Encefálica, entre los años de 2012 a 2017, cuyos datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva a través del Software estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 21.0. En la segunda etapa de la investigación, se realizó un abordaje cualitativo, a través de una entrevista con 20 trabajadores de la comisión intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos para trasplantes en el período de octubre a noviembre de 2017. Se aplicó para el análisis, la técnica de análisis textual discursivo. Los resultados de la investigación se presentaron en forma de dos artículos. El primero, titulado "Perfil del donante de órganos y tejidos para trasplantes en el extremo sur de Brasil" y el segundo denominado "Enfoque familiar en el proceso de notificación, captación y donación de órganos para trasplantes". Siendo así, el conocimiento de ese trabajo podrá ofrecer elementos que orienten la actuación de esos trabajadores junto a los familiares de potenciales donantes y con ello la posibilidad de reducir los diversos obstáculos a la efectivación de la donación de órganos en Brasil. Se percibe importancia de la educación permanente a los trabajadores de salud, acerca de los temas relacionados a la donación y trasplantes. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética, mediante el Dictamen 070/2017.

DESCRIPTORES: Donación de Órganos; Trasplante; La familia; La ética; Trabajadores.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSCRG – Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

CNCDO – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

CNT – Central Nacional de Transplantes

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

ME – Morte Encefálica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPO – Organização de Procura de Órgãos

OPO-5 – Organização de Procura de Órgãos-5

PD – Potencial Doador

PME – Protocolo de Morte Encefálica

SAE – Sistematização de Assistência de Enfermagem

SNT – Sistema Nacional de Transplantes

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
Objetivos	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Breve evolução dos transplantes	15
2.1.1 Processo de doação e transplantes de órgãos em diferentes países	16
2.2 Diagnóstico de Morte Encefálica	17
2.3 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes	19
2.4 A importância da atuação do enfermeiro com os demais profissionais da saúde e os familiares durante o Protocolo de Morte Encefálica	21
2.5 A abordagem familiar e a recusa para doação de órgãos	23
3 METODOLOGIA	27
3.1 Tipo de estudo	27
3.2 Local do estudo	27
3.3 Participantes do estudo	28
3.3.1 Etapa quantitativa	28
3.3.2 Etapa qualitativa	29
3.4 Coleta de dados	29
3.4.1 Etapa quantitativa	29
3.4.2 Etapa qualitativa	29
3.5 Análise dos dados	30
3.5.1 Etapa quantitativa	30
3.5.2 Etapa qualitativa	31
3.6 Aspectos éticos	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 ARTIGO 1	34
4.2 ARTIGO 2	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A	69
APÊNDICE B	70
APÊNDICE C	71
APÊNDICE D	72
APÊNDICE E	73

APÊNDICE F	74
ANEXO 1	76
ANEXO 2	77

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos é uma modalidade de tratamento que consiste na substituição de um órgão doente por outro sadio, podendo proporcionar a cura ou qualidade de vida, a partir de um paciente que já não responde às demais terapêuticas disponíveis (MORAES *et al.*, 2014). De acordo com Vilaça (2006), no Brasil, o primeiro transplante com doador cadáver foi um transplante renal realizado em 1964, no Rio de Janeiro. Desde então, crescentes avanços impulsionaram essa terapêutica, seja através da implementação de técnicas cirúrgicas, desenvolvimento de drogas imunossupressoras, aprimoramento de cuidados intensivos e uso de soluções de preservação mais eficientes.

A Lei nº. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto nº. 2.268 de 30 de junho de 1997, dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, cria o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e a necessidade de instituir uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) para cada Estado Brasileiro e Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) (BRASIL, 2009).

Ao enfermeiro, de acordo com o artigo 1º da Resolução nº 292/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, é preconizada a responsabilidade pelo planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao doador durante o processo de doação de órgãos, bem como, o planejamento e a implementação de ações que visem à otimização de doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Para tanto, o enfermeiro é considerado membro fundamental na equipe multiprofissional da Organização de Procura de Órgãos (OPO) e CIHDOTT.

Para a doação de órgãos e tecidos tornar-se efetiva, é necessário o consentimento da família, conforme artigo 4º da Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que define como forma de manifesto à doação, o Consentimento Informado. Assim, a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes e/ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

A necessidade da família manifestar sua concordância com a doação a transforma no elemento principal, durante o processo de doação, o que reforça a necessidade da equipe multiprofissional oferecer apoio aos familiares, independentemente de sua manifestação em relação à doação. A postura ética e o respeito diante do sofrimento da família são deveres do trabalhador da CIHDOTT, uma vez que a falta de sensibilidade e conhecimento da equipe é

um fator que adiciona sofrimento, quando a família percebe que o único interesse do profissional que está cuidando do doador falecido é a doação de órgãos (DALBEM, 2010).

Em 2017, os dados estatísticos acerca de doação foram promissores, pois a taxa de doadores efetivos cresceu 14% comparado à taxa de 2016, atingindo 16,6 por milhão de população (pmp). E esse acréscimo permitiu alcançar o objetivo previsto em 2015 para esse ano (16,6 pmp), e decorreu do aumento de 3,8% na taxa de notificação de potenciais doadores (PD) (51,6 pmp) e de 10,2% na taxa de efetivação de doadores (32,4%). Nesse interim, o que torna interessante observar é que, nos últimos oito anos, a taxa de doadores efetivos cresceu 69%, tendo passado de 9,9 pmp para 16,7 pmp a taxa de notificação de PD aumentou 41% e a de efetivação da doação obteve incremento de 21% (ABTO, 2018).

Esses dados mostram que o ano de 2017 obteve uma retomada do crescimento para a doação, a efetivação da doação e a maioria dos transplantes de órgãos, situação que desafia ainda mais os trabalhadores a aprimorarem seus esforços e conhecimento para obter sempre esse aumento de consentimentos familiares e assim reduzir as filas de espera por órgãos (ABTO, 2018).

Posto isso, a motivação que impulsionou a realização da pesquisa está diretamente relacionada com a experiência vivida como enfermeira atuante na CIHDOTT e OPO, há mais de cinco anos e, principalmente, por presenciar dificuldades e conflitos envolvidos nesse processo, tais como investigar os motivos que levam as famílias à recusa para a doação de órgãos, inviabilizando assim o processo dos transplantes, caracterizando a realização deste estudo. Espera-se que os resultados dessa pesquisa venham contribuir para uma melhoria na qualidade do serviço, pois acredita-se que ser solidário na doação de órgãos não se restringe ao ato de trabalhar em prol da captação e da doação, mas também à possibilidade de colaborar com a qualidade de vida dos receptores e familiares dos receptores.

Também justifica-se essa proposta por acreditar-se que, para a efetivação processo de doação de órgãos é necessário o envolvimento multiprofissional de todos os trabalhadores da CIHDOTT, o que poderá auxiliá-los no enfrentamento das situações que poderão emergir em decorrência dessa prática. Além disso, essa pesquisa poderá contribuir com o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde (NEPES - FURG) na Linha de Pesquisa, Ética, Educação e Saúde, à medida que se propõe a pesquisar questões que envolvem aspectos éticos do fazer da enfermagem. Assim, tem-se como **questão norteadora desse estudo**: como ocorre o processo de notificação, captação, doação de órgãos e abordagem familiar para transplantes, desenvolvido por uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)?

Deste modo, tem-se como **objetivo geral**: conhecer o processo de notificação, captação, doação de órgãos e a abordagem familiar para transplantes desenvolvido por uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de uma Instituição Hospitalar do extremo Sul do Brasil.

E, como **objetivos específicos**: identificar o perfil do doador de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de uma Instituição Hospitalar do extremo Sul do Brasil e compreender como ocorre a abordagem familiar e o processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os capítulos a seguir abordam a revisão de conceitos e estudos que subsidiam a realização dessa pesquisa. Para melhor entendimento e compreensão, a revisão de literatura será apresentada através dos seguintes tópicos: Breve evolução dos transplantes; Diagnóstico de Morte Encefálica; Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes; A importância da atuação do enfermeiro com os demais profissionais da saúde e os familiares durante o Protocolo de Morte Encefálica; A abordagem familiar e a recusa para doação de órgãos.

2.1 Breve evolução dos transplantes

A magia que envolve o transplante de um órgão ou tecido de um ser para outro fomenta as mentes dos seres humanos desde as mais antigas civilizações. Contos mitológicos em diversas culturas revelam a ideia de reestabelecimento da saúde por meio da substituição de um órgão ou tecido doente por outro ainda saudável (GARCIA *et al.*, 2015).

A Bíblia Sagrada e outros textos cristãos apresentam muitos relatos sobre o transplante de partes do corpo humano, no entanto, o mais célebre fala dos gêmeos São Cosme e São Damião, que viveram entre os anos 285 e 305 da era Cristã. A lenda conta que os irmãos, na tentativa de curar a perna de um cristão que se encontrava necrosada por um cancro (termo que poderia significar câncer ou gangrena) usaram a perna de um etíope, recém falecido para um transplante (GARCIA *et al.*, 2015). O feito é conhecido como o “Milagre de São Cosme e Damião” e retratado em dezenas de pinturas da Idade Média, por causa desse milagre, ambos são considerados os padroeiros da medicina e dos transplantes (BRASIL, 2007).

No ano de 1954, em Boston, o cirurgião Joseph Murray, utilizando-se do conceito de que a semelhança genética impedia a reação imunológica, e, portanto, não ocorria problema de rejeição quando o órgão do doador e do receptor fosse de gêmeos univitelinos, realizou seu primeiro transplante de rim com êxito entre gêmeos idênticos. Nesse mesmo ano, foi realizado o primeiro transplante de rim nos Estados Unidos, também entre gêmeos idênticos (MARINHO, 2006). A partir desse fato, o transplante de órgãos entre vivos começou a tornar-se realidade para a medicina, graças ao advento dos imunossuppressores e novas descobertas sobre os fatores de rejeição (KOMAROFF, 2012).

Até o início da década de 60, considerava-se impossível a utilização de órgãos de usuários em Morte Encefálica (ME), e os doadores vivos representavam a única fonte de órgãos. Nessa época, um policial atendido no Massachusetts General Hospital, em Boston, foi

diagnosticado com ME, tendo seu fígado retirado enquanto o coração ainda batia. Esse caso provocou enorme discussão sobre o abandono do critério de morte, até então baseado na parada cardíaca e interrupção da circulação de sangue (VARELLA, 2009).

No Brasil, os transplantes de órgãos tiveram seu início na década de 1960, quando foi realizado o primeiro transplante renal no Hospital das Clínicas em São Paulo e, também, o primeiro transplante cardíaco na América Latina e o 17º no mundo, pelo Dr. Euclides de Jesus Zerbini. Desde então, “houve uma admirável evolução, tanto em termos de tecnologia médica e farmacêutica, quanto em termos de variedade de órgãos transplantados, número de procedimentos realizados e vidas salvas” (ASSIS, 2008, p. 2).

O programa brasileiro de doação e transplante de órgãos e tecidos inclui um fluxo com distribuição das coordenações em esfera nacional, estadual, regional e local, sendo a última esfera alocada nos hospitais, as chamadas CIHDOTTs, regulamentadas pela Portaria N°. 2600/09 que será abordada mais adiante, neste estudo (BRASIL, 2009).

2.1.1 Processo de doação e transplantes de órgãos em diferentes países

A Espanha tem se constituído em exemplo em termos de eficiência no processo de doação e transplantes de órgãos. A postura ética do modelo espanhol em doação e transplantes foi tão exitosa, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) o elegeu como referência mundial para doação e transplante de órgãos, servindo como parâmetro para a Organização das Nações Unidas (ONU), sendo seu programa adaptado à realidade dos mais diversos países, dentre eles, o Brasil (ONU, 2008).

O sistema espanhol de obtenção de órgãos parece ser o sistema menos problemático e o mais adequado do ponto de vista ético, tendo em vista que a filosofia do modelo espanhol parte do pressuposto que os problemas de doação não são a falta de doadores, mas sim, a dificuldade de encontrar PD e obter o consentimento para doação. O método espanhol destina-se a sensibilizar a sociedade sobre doação de órgãos e aperfeiçoar as habilidades dos responsáveis pelo processo de doação (ERTIN *et al.*, 2010).

Além disso, o modelo espanhol é centrado na figura do coordenador hospitalar de transplante, dentre os quais, médicos ou enfermeiros, que atuam em tempo integral, com a função de efetivar o maior número possível de doação de órgãos na Instituição, representando a peça-chave desse sistema de captação. Esses trabalhadores participam de todas as atividades relacionadas com a obtenção e transplantes de órgãos (DURÁN, 2014).

Já no Irã, o modelo de doação e transplante de órgãos possui uma característica singular, no que se refere ao pagamento pelo órgão doado. Essa proposta vai contra a abordagem atual da maioria dos países, com a questão de recompensar ou pagar por algo que deve ser doado (ERTIN *et al.*, 2010).

Por outro lado, o sistema Belga de obtenção de órgãos para transplante apoia-se no consentimento presumido, ou seja, todos são doadores a menos que se oponham à doação de órgãos, em vida, através de documento. Nesse ínterim, muitos cidadãos belgas defendem esse modelo, afirmando que a doação de órgãos e tecidos é uma dívida que cada cidadão tem com seu país. No entanto, questionamentos emergem acerca dessa legislação, sendo comparada por muitos com o serviço militar. Arelado a isso, o fato de que, se algum cidadão não expressar, por escrito, durante a vida, sua opção pela não doação, a retirada de seus órgãos pode ser incompatível com o princípio da ética médica e do direito da autonomia das pessoas em decidir sobre seu próprio corpo. Tal questão, porém, não parece incomodar os belgas, pois, 98% deles são doadores (ERTIN *et al.*, 2010).

Cada país deve fazer uma análise de sua situação real, estrutura organizativa, condições sociais e econômicas para ver que aspectos de um modelo pode importar ou aplicar na sua realidade para incrementar as taxas de doação e transplante. Há muitas diferenças de uma região a outra, mas pode-se dizer que ao longo dos últimos anos se observou um incremento da atividade de doações e transplantes no mundo. Não é possível atribuir o crescimento a uma só estratégia: é o conjunto de todos os pontos do modelo organizativo de doações e transplantes que permitiram esse aumento (DURÁN, 2014).

2.2 Diagnóstico de Morte Encefálica

A ME se tornou uma condição essencial para a possível realização do transplante de órgãos e de tecidos, sendo definida como a parada completa e irreversível das funções encefálicas, impossibilitando a manutenção da vida sem o auxílio de meios artificiais. O conceito de ME não é essencial apenas para o transplante de órgãos, mas também é uma forma de não prolongar o sofrimento e a angústia dos familiares do paciente, independentemente de serem favoráveis ou não à doação de órgãos (WIJDICKS, 2010).

No Brasil o CFM, por meio da Resolução n. 1.480, de 1997, adotou critérios e princípios para o diagnóstico de ME de acordo com o conceito estabelecido pela Comunidade Científica Mundial, definindo critérios, procedimentos e etapas a serem cumpridas para sua determinação (BRASIL, 1997). A Resolução do CFM 1.480 determina, em seu Art. 4º, os

parâmetros clínicos a serem observados para constatação de ME, e para sua confirmação clínica, é necessária a identificação de coma aperceptivo, de etiologia definida, com ausência de movimentos espontâneos e ausência de resposta motora supra espinal mediada por estímulos aplicados em áreas de distribuição de nervos cranianos (WIJDICKS, 2010).

Antes da avaliação do coma propriamente dito, são necessários, ainda, alguns pré-requisitos que devem ser considerados, tais como, lesão encefálica de causa conhecida; ausência de evidências de intoxicação exógena ou uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central; ausência de distúrbios hidroeletrólíticos ou acidobásicos graves, que não sejam consequência da patologia que causou o coma, mas que podem ser a causa do coma; temperatura consanguínea idealmente $\geq 35^{\circ}\text{C}$ (central ou retal ou vesical ou esofagiana) e pressão arterial média (PAM) $\geq 60\text{mmHg}$ ou pressão arterial sistólica (PAS) $\geq 100\text{mmHg}$ (WESTPHAL *et al.*, 2016).

Após constatação do coma aperceptivo, todos os reflexos dependentes dos pares nervosos cranianos devem ser testados (pupilar, córneo-palpebral, óculo-cefálico, vestibulo-ocular, reflexo de tosse) e a presença de apneia, conforme técnica padronizada, ou seja, o Protocolo de Morte Encefálica (PME) (WESTPHAL *et al.*, 2016).

No Brasil, em 2017 foi homologada uma nova Resolução, 2173/17 do CFM, a qual considera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, porém faz algumas alterações no PME (BRASIL, 2017).

A primeira alteração é referente aos dois exames clínicos, em que, cada um deles deve ser realizado por um médico diferente, especificamente capacitado a realizar esses procedimentos para a determinação de ME (serão considerados especificamente capacitados médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para determinação em ME). Um dos médicos especificamente capacitados deverá ser especialista em uma das seguintes áreas: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. Na indisponibilidade de qualquer um dos especialistas anteriormente citados, o procedimento deverá ser concluído por outro médico especificamente capacitado. A resolução anterior exigia um neurologista para a realização de um dos testes clínicos (BRASIL, 2017).

Segunda alteração da Resolução 2173/17 do CFM é referente ao teste de apneia, o qual pela antiga resolução deveria ser realizado duas vezes durante os testes clínicos, porém, agora deverá ser realizada apenas uma vez por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico e deverá comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia

(PaCO₂ superior a 55mmHg). Nas situações clínicas que cursam com ausência de movimentos respiratórios de causas extracranianas ou farmacológicas, é vedada a realização do teste de apneia, até a reversão da situação (BRASIL, 2017).

Outra alteração relaciona-se com a redução dos intervalos entre os testes, tais como: em crianças com menos de 2 (dois) anos o intervalo mínimo de tempo entre os dois exames clínicos variará conforme a faixa etária: dos sete dias completos (recém-nato a termo) até dois meses incompletos será de 24 horas; de dois a 24 meses incompletos será de doze horas. Acima de 2 (dois) anos de idade o intervalo mínimo será de 1 (uma) hora (BRASIL, 2017).

Em relação aos exames complementares para fechamento de Diagnóstico de ME, a nova Resolução 2.173/17 do CFM, mantém a exigência de um exame gráfico complementar, que comprove ausência de atividade cerebral. De acordo com Young *et al.* (2006) existem vários exames aceitos para esse fim, como a Arteriografia Cerebral, que consiste na avaliação da presença de fluxo sanguíneo na porção intracraniana das artérias carótidas internas e vertebrais; o Doppler Transcraniano, que avalia a presença de fluxo sanguíneo encefálico nas artérias carótidas internas intracranianas, cerebrais médias, vertebrais e basilares; a Cintilografia Cerebral para avaliação da perfusão encefálica por meio da captação do radionuclídeo tecnécio pelo parênquima e a Eletroencefalografia que avalia a presença de atividade elétrica cerebral.

A notificação de ME é obrigatória e está prevista por lei desde 1992 (LADESSA *et al.*, 2014). O desconhecimento e a não aceitação dessa condição é compreensível, uma vez que, culturalmente, a morte é definida como a parada de todas as funções do corpo. Segundo Santos (2005), o conceito de ME encontra resistência não só da população, mas também entre os profissionais de saúde que assistem o potencial doador, representando um obstáculo na aceitação da doação dos órgãos por uma boa parte das famílias.

A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos constatou que, no primeiro trimestre de 2018, houve um leve percalço na taxa de doação e no número de transplantes, possivelmente relacionado à nova resolução do CFM, que deve estar solucionado no segundo trimestre deste ano, com os cursos de capacitação para determinação de ME em todo o país e, com isso, a expectativa é ultrapassar os números de 2017, ainda neste semestre (ABTO, 2018).

2.3 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

Segundo a Portaria nº. 2.600/09, o SNT é dividido em três esferas: nacional, estadual e local. É composto pela Coordenação-Geral do SNT, pelas CNNCDO, sendo uma para cada

região brasileira. Já, as Centrais Estaduais de Transplante ficam alocadas em cada Estado em nível estadual e a OPO nas regiões de cada Estado. As CIHDOTTs, localizadas em cada hospital com capacidade acima de 80 leitos, constituem a estrutura de transplantes em esfera local (BRASIL, 2009).

Criada por meio da Portaria nº. 905 de 2000 e substituída pela Portaria nº. 2.600 de 2009, a CIHDOTT, é obrigatória nos hospitais públicos, privados e filantrópicos. No Brasil, o processo de doação e transplante é respaldado por leis específicas para cada tipo de doador. O SNT é baseado no modelo espanhol, ou seja, alicerça-se, então, na busca por potenciais doadores, criando além da Central Nacional de Transplantes (CNT), as estaduais e regionais, sendo, essas últimas denominadas de OPO, diretamente ligadas às CIHDOTTs, que se organizam nas unidades hospitalares.

As CIHDOTTs são compostas por equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) que desempenham um papel importante na obtenção de órgãos, pois, estão alocadas dentro das unidades hospitalares, realizando a busca ativa por potenciais doadores, pacientes, que ainda não têm diagnóstico de ME, mas, com quadro clínico sugestivo de tal diagnóstico. Além disso, tem a função de interrogar a família sobre seu desejo de doar órgãos e tecidos de pacientes falecidos (BRASIL, 2013).

Essa comissão tem como principais funções: detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital, viabilizar diagnóstico de ME, conforme resolução do CFM nº. 1480/97, criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade de doação de córneas e outros tecidos; articular-se com a CNCDO do Estado respectivo, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos. Também, deve responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre os aspectos da doação e transplantes de órgãos e tecidos, articulando-se com todas as unidades de diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação em conjunto com a CNCDO e o SNT e capacitando os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação de doação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2013).

Além disso, se destaca a necessidade de organizar, na instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação e captação de tecidos (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013), sendo a atuação das CIHDOTTs apontadas como fundamentais tanto na identificação do PD, como na pronta notificação às Centrais Estaduais. Para tanto, é necessária, também, a articulação com os profissionais de saúde do estabelecimento de saúde, especialmente com os das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de estimular seu adequado suporte para fins de doação, articulando-se, ainda, com as

equipes encarregadas da verificação de ME, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente (ABTO, 2016).

O enfermeiro ou médico, coordenador e membro da CIHDOTT, é o profissional responsável por atuar como facilitador no processo de doação, devendo dirigir-se ao hospital notificador para iniciar a identificação do PD e realizar a avaliação das suas condições clínicas, orientando a equipe de modo a promover a manutenção hemodinâmica adequada. Mediante a confirmação do diagnóstico de ME, após o médico responsável ter esclarecido a família sobre a irreversibilidade do quadro clínico, é solicitada a doação de órgãos (GARCIA *et al.*, 2015).

Embora a temática doação, captação e transplante de órgãos e tecidos ainda seja um campo novo e restrito de atuação para o enfermeiro, sua participação na equipe multidisciplinar envolve o desenvolvimento de atividades específicas relacionadas à gerência do cuidado prestado ao PD e sua família (MORAES *et al.*, 2014).

2.4 A importância da atuação do enfermeiro com os demais profissionais da saúde e os familiares durante o Protocolo de Morte Encefálica

Em 2004, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizou a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. Backes *et al.* (2008) evidenciaram a notável importância da atuação do enfermeiro, sob o olhar da equipe da saúde, mostrando que o enfermeiro desempenha papel importante não somente nas relações da equipe de saúde, mas também com os demais profissionais da saúde e familiares envolvidos no PME, participando de um dos momentos mais delicados, como a entrevista familiar para a doação de órgãos.

O COFEN determina que, ao enfermeiro, compete planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores, através dos protocolos preconizados pelo programa nacional de transplantes. Ainda, ressalta a responsabilidade do enfermeiro como responsável pelo cuidado a candidatos e receptores de transplantes, com a incumbência de aplicar a SAE, em todas as fases do processo de transplante de órgãos e tecidos, ao receptor e família, o que inclui o acompanhamento pré e pós-transplante (ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar) (COFEN, 2004).

Para tanto, requer um profissional comprometido e consciente com o seu fazer, a fim de favorecer maior segurança e aproximação com os profissionais de saúde atuantes no processo de doação de órgãos e também com a família, visto que, no Brasil, a lei é clara e exige o consentimento da família para a retirada de órgãos e tecidos para transplante, ou seja,

a doação é do tipo consentida e independe da vontade manifestada pelo doador, em vida. Evidentemente, a manifestação em vida a favor ou contra a doação perante familiares pode ou não favorecer o consentimento após a morte, porém a vontade da família é a que deve ser respeitada em nosso país (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006).

Posto isto, a entrevista familiar é considerada como a etapa mais importante do processo, sendo determinante na tomada de decisão quanto à opção, ou não, pela doação de órgãos e tecidos pelos familiares (MORAES, 2009). Diante desse cenário, o enfermeiro pode ser considerado elemento-chave para a obtenção e a viabilização de órgãos e tecidos para transplante, pois suas ações, possivelmente, mantenham a qualidade dos órgãos ofertados, a transparência do processo de doação e a efetivação do maior número possível de doadores e, com isso, contribui para o sucesso dos programas de transplantes de órgãos e implante de tecidos (MORAES *et al.*, 2014).

Neste contexto, destaca-se a relevância da sensibilidade desses profissionais, para situações em que se lida com a morte com a finitude humana. Para que haja o enfrentamento cotidiano da morte do outro, os profissionais de saúde buscam apoio na explicação das causas objetivas que levam o paciente ao fim da vida e, individualmente, buscam recursos na própria sensibilidade e maturidade emocional para o enfrentamento da perda (MORAES *et al.*, 2014).

Sendo assim, o enfermeiro realiza intervenções objetivando superar os obstáculos e revela projetos futuros e expectativas, que têm como meta mudar os paradigmas dos profissionais de saúde em relação à doação de órgãos e tecidos, para que esses indivíduos possam humanizar o processo, oferecendo assistência digna aos familiares do potencial doador e qualidade de vida aos receptores. Com essas ações, o enfermeiro intenciona aumentar a doação e salvar vidas (MORAES *et al.*, 2014).

A doação não deve adicionar mais sofrimento aos familiares que estão vivenciando a trágica situação de perder um parente. Cada família reage de forma diferente diante da perda e solicita tempos distintos para a tomada de decisão sobre a doação de órgãos e tecidos do familiar falecido. Respeitar o tempo da família também faz parte do trabalho desses profissionais e pode modificar a decisão final em relação à doação de órgãos (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006).

Portanto, vale lembrar que a atuação dos enfermeiros que trabalham com doação de órgãos e tecidos para transplantes não é convencer a família a doar, mas informar e esclarecer que ME é morte, possibilitando, assim, uma tomada de decisão com autonomia referente a esse tema, além de oferecer apoio e confiança diante da perda (MORAES, 2009).

2.5 A abordagem familiar e a recusa para doação de órgãos

Definida como técnica de intervenção que permite estabelecer uma relação profissional e um vínculo intersubjetivo e interpessoal entre duas ou mais pessoas, a entrevista familiar para doação de órgãos também pode ser compreendida como uma reunião na qual estão presentes familiares, algumas vezes amigos próximos do PD, somado a um ou mais trabalhadores membros da CIHDOTT ou da CNCDO, com dois grandes objetivos: esclarecer o que é a ME a qualquer tipo de família (nível social, educacional e econômico) e oferecer a opção da doação de órgão(s) e tecido(s) (GARCIA, 2013).

Assim, além dos trabalhadores estabelecerem uma adequada manutenção do PD, sua abordagem familiar é quem decidirá se haverá a continuidade do processo, seguido da captação de órgão (s). A abordagem familiar traz consigo grande complexidade emocional, já que, é neste momento que os familiares do PD reagem e expressam seu pesar diante da morte de formas diferentes. Ademais, a tristeza e a dor são as emoções mais presentes nas experiências vivenciadas por famílias frente à entrevista para doação de órgãos após a confirmação da ME. Soma-se ainda, a ansiedade e o estresse na tomada de decisão para doação de órgãos (LIMA et al, 2009)

Segundo Moraes et al. (2014) se trata de uma atribuição que gera desconforto nos trabalhadores da CIHDOTT, pois, neste momento, poderão através de seus gestos, palavras e ações, transparecer confiança e segurança aos familiares frente a todo processo, garantindo-lhes um desfecho ético e legal ou permitirão que a família encontre fragilidades em suas falas, o que pode conduzir os familiares à negação da doação. Isso faz com que a abordagem do familiar seja um momento muito delicado, de grande responsabilidade, muitas vezes gerando dificuldades no desempenho do enfermeiro.

Sendo assim, é necessário que o entrevistador tenha habilidade de comunicar-se, por meio de uma linguagem acessível, de forma a explicar um assunto complexo e técnico com palavras simples e de fácil entendimento, isto que se trata de reações diversas que podem surgir dos familiares, como raiva, dor e culpa (MORAES *et al.*,2014).

Para Vargas *et al.* (2007), otimizar um processo de comunicação acerca da doação de órgãos à população é o ponto facilitador o que permite a troca de conhecimento entre as pessoas, facilita a compreensão sobre o assunto e promove a interação entre a comissão e os familiares no momento da abordagem.

Neste sentido, os profissionais devem ter habilidade para conduzir a abordagem de modo seguro, sem causar desacordos na família. Além dos mais variados sentimentos, há questões relacionadas à instrução dos familiares que exigem, do entrevistador, adequar a linguagem de acordo com os familiares que estão presentes, valendo-se de transmitir o entendimento da ME, para que possam decidir pela doação, ou não, de forma consciente (MORAES *et al.*, 2014).

Frequentemente, os familiares não têm a informação de que precisam para tomar a decisão sobre a doação de órgãos ou não têm a compreensão clara do processo de doação, aumentando sua recusa (SIMINOFF *et al.*, 2001). É nesse contexto de falta de informação da população em relação à doação de órgãos que a solicitação é realizada. As informações devem ser passadas de forma clara e objetiva e, em seguida, o entrevistador apresenta a possibilidade da doação dos órgãos para transplante.

Esse processo requer o respeito aos sentimentos de luto enfrentado e uma explicação que leve em consideração, também, o grau de entendimento e a capacidade para a tomada de decisão em doar ou não doar, o que necessita a compreensão do contexto socioeconômico e cultural do PD e da sua família, o estabelecimento de empatia e um cuidado humanizado prestado aos familiares do potencial doador (VARGAS *et al.*, 2007).

A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos constatou que, em 2016, pouco mais de 2 mil pessoas morreram aguardando por doação, dessas, 82 crianças. No mesmo ano, 10.158 pessoas tiveram ME e poderiam ter sido doadoras, mas 43% das famílias consultadas não deram a autorização (ABTO, 2017).

Nessa perspectiva, Gortmaker *et al.* (1996) identificaram três fases no processo de doação de órgãos em que os PD são perdidos: a) a não identificação dos potenciais doadores; b) falha na solicitação de doação; e c) recusa familiar para consentir a doação.

A recusa dos familiares do PD para a doação de órgãos e tecidos é um problema da nossa realidade, comprovado pelas listas intermináveis de pessoas aguardando por um órgão para tentar sobreviver. Para tanto, exige a existência de profissionais comprometidos para atuar nessas Comissões, a fim de proporcionar um trabalho com maior significância e com alcance de resultados positivos para a doação de órgãos (ABTO, 2018).

A recusa dos familiares representa um grande entrave à realização dos transplantes, em conjunto com outros problemas como a falha na identificação, notificação e manutenção dos potenciais doadores, bem como o elevado índice de contraindicações clínicas à doação (MASSAROLLO, 2008).

Dessa forma, a recusa familiar contribui para que o número de doadores seja insuficiente para atender a demanda crescente de receptores em lista de espera e vem sendo apontada como um dos grandes fatores responsáveis pela deficiência de órgãos e tecidos para transplante. Posto isso, é importante considerar vários fatores no momento da entrevista, que podem ser utilizados como justificativas para a negativa familiar, como a valorização das crenças religiosas e também o receio da comercialização de órgãos (SILVA,2014).

O tráfico de órgãos é uma situação que assusta a população, desconfiando dos trabalhadores no momento de decidir sobre a doação de seu familiar. O esquema criminoso está impregnando no mundo todo e desafia as mais rigorosas instituições colocando em questionamento a eficiência da norma jurídica mundial, pois segundo a ONU a cada ano, 15 mil rins são vendidos no mercado negro. A justiça tem feito de forma lenta sua parte punindo quem banaliza o ser humano comercializando-o em pedaços. O importante é demonstrar que existem bons profissionais de saúde, capacitados e bem intencionados e que querem mudar e melhorar esse quadro lamentável (SILVA, 2014).

Outro fator determinante, na tomada de decisões das famílias, é a religião, pois é a base para a criação de normas e aspectos éticos e morais, bem como para a organização da convivência entre os seres humanos (KUNG, 2004).

Uma revisão integrativa realizada pela Universidade Federal de Santa Maria, mostrou que nenhuma religião é de modo absoluto contrária à doação o fator contraditório justifica-se, visto que as crenças religiosas possuem uma série de rituais com o corpo após a morte. Algumas não aceitam pacificamente o conceito de ME, relacionando a morte à parada dos batimentos cardíacos e da respiração. É essencial, por parte da equipe de saúde, um nível mínimo de entendimento da diversidade cultural e religiosa, condição essa necessária para a prestação de cuidados que são culturalmente sensíveis (FERRAZZO *et al.*, 2011).

Para a enfermagem, com a conquista de espaço profissional no processo de captar órgãos, e a consciência da necessidade da visão holística na assistência, o conhecimento de fatores culturais que norteiam a conduta em saúde das pessoas torna-se importantíssimo para uma abordagem assertiva no momento de acolher as decisões de pacientes e suas famílias. Entender melhor esta insuficiência de doação permitirá avaliar se a enfermagem, como parte integrante e atuante da equipe de captação de órgãos e tecidos, pode contribuir para uma abordagem mais objetiva junto aos familiares de possíveis doadores, buscando reduzir a espera dos doentes por um órgão (FERRAZZO *et al.*, 2011).

Portanto, tão importante quanto aumentar a doação de órgãos e tecidos, é incentivar o conhecimento por parte dos trabalhadores a respeito dos motivos que levam à recusa familiar para a doação e assim possibilitar ações que reduzam as negativas familiares e, com isso, melhorar os resultados dos transplantes.

3 METODOLOGIA

A seguir, apresentam-se as etapas que foram utilizadas para a operacionalização do estudo, explicitando sua caracterização, local do estudo, bem como, os procedimentos de coleta e análise dos dados, e os aspectos éticos atendidos durante a realização da pesquisa.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo realizado em duas etapas. A primeira etapa foi realizada através de uma abordagem quantitativa retrospectiva de caráter documental. Por ter como objeto de investigação um tema que é evidenciado através de registros de uma CIHDOTT – caracterizando a formação e o trabalho executado pela mesma em um hospital localizado no extremo Sul do Rio Grande do Sul. A análise documental buscou identificar informações factuais nos documentos, a partir de questões e hipóteses de interesse (CAULLEY apud LÜDKE e ANDRE, 1986:38).

A segunda etapa foi realizada através de uma abordagem qualitativa descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa foi empregada como uma possibilidade de aprofundar a compreensão do fenômeno em investigação, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos participantes em um ambiente natural e em relação ao contexto (SAMPIERE; COLLADO; LUCIO, 2013).

Escolheu-se o caráter exploratório por ter finalidade em proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para estudos posteriores. Já o caráter descritivo teve como propósito a descrição das características da população e do fenômeno em estudo, por meio da precisão dos detalhes (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG). No período do estudo a instituição oferecia serviços de alta complexidade, sendo referência nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Psiquiatria, Traumatologia, Neurocirurgia, Centro de Queimados, Buco-facial e Cirurgia Vascular, sendo também, composta por um Hospital Geral, um Hospital Psiquiátrico e um Hospital Cardiológico, totalizando 23 setores.

Desses, há três Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), duas emergências, três blocos cirúrgicos, totalizando aproximadamente 500 leitos.

A ACSCRG é o maior complexo hospitalar da Região Sul do Estado e referência em atendimentos de média e alta complexidade para 23 municípios no entanto, desde 2015, vem passando pela mais grave crise financeira da sua história. Com o cenário turbulento, vive um momento de tensão que vai desde a perda de serviços de referência, redução de leitos até atraso nos pagamentos dos funcionários, sendo registrado o pior momento econômico da Instituição.

O local elencado é sede da OPO-5, a qual foi oficialmente instituída em 2012. De acordo com a Portaria 2.600, de 21 de outubro de 2009, as OPO coordenam as CIHDOTTs, as quais são definidas por critérios geográficos e populacionais sob a gerência da CNT, e do SNT. As cidades de abrangência da OPO-5 são Pelotas, Rio Grande, Bagé e Santa Vitória do Palmar.

A OPO-5 é composta por cinco membros: um médico (Coordenador da OPO-5) e quatro enfermeiros, sendo dois enfermeiros responsáveis pela busca ativa nos hospitais de Rio Grande e os outros dois enfermeiros responsáveis pela busca ativa nos hospitais de Pelotas. A busca ativa por pacientes Glasgow 3 nos hospitais são realizadas de forma presencial, organizadas através de escalas diárias. Nas demais cidades de abrangência, como Santa Vitória do Palmar e Bagé, as buscas são realizadas através do contato telefônico, devido a inviabilidade de locomoção diária destes profissionais. Ao final de cada mês os trabalhadores da OPO-5 realizam os relatórios destas buscas as quais são enviadas para a Central de Transplantes do estado.

A CIHDOTT do estudo, instituída em 2012, é atualmente formada por três médicos, dois enfermeiros e um assistente social, os quais distribuem seus plantões para atuarem nos PME através de escalas semanais previamente determinadas.

3.3 Participantes do estudo

3.3.1 Etapa quantitativa

Para a análise documental, foram utilizados os formulários de PME da CIHDOTT, registrados nos prontuários de pacientes com fechamento do diagnóstico de ME, totalizando 91 prontuários entre os anos de 2012 e 2017. A CIHDOTT do estudo foi oficialmente

instituída em 2012, motivo pelo qual os dados coletados foram a partir dessa data. Utilizou-se como critérios de inclusão os prontuários que apresentassem os dados completos.

3.3.2 Etapa qualitativa

Participaram deste estudo os trabalhadores da saúde que atuaram ou ainda atuam como membros da CIHDOTT da ACSCRG, desde 2012 até o presente momento. Apesar de alguns participantes não atuarem mais na CIHDOTT, ainda encontram-se trabalhando na Instituição do local da pesquisa, situação que facilitou o contato prévio com estes trabalhadores para participarem do estudo. Cabe ressaltar que devido à complexidade do serviço atribuído aos trabalhadores da CIHDOTT, existe uma rotatividade muito grande de seus membros. Foi totalizado 20 profissionais da saúde, compreendido por 5 médicos, 14 enfermeiros e 1 assistente social, identificados pela letra “T” seguido da numeração ordinal.

3.4 Coleta de dados

3.4.1 Etapa quantitativa

No período entre outubro de 2017 a janeiro de 2018, foi realizado um levantamento e organização dos prontuários de ME (PME) dos períodos de 2012 a 2017. Através da leitura dos prontuários foi possível selecionar e registrar os dados considerados importantes para a investigação de acordo com os objetivos da pesquisa.

A fim de facilitar a coleta, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE A) contemplando as seguintes variáveis de interesse para o estudo: causa do óbito; idade, sexo e procedência do potencial doador; exame complementar realizado; número de doações efetivas; familiar entrevistado; órgãos captados; números de recusa familiar e motivo da recusa familiar para a doação de órgãos. Todas essas informações foram organizadas através do mapeamento dos temas emergentes, agrupadas as similaridades, facilitando a análise.

3.4.2 Etapa qualitativa

Foi utilizada a entrevista semiestruturada como instrumento para coleta dos dados (APÊNDICE B). A entrevista carrega em si, a percepção dos sujeitos pesquisados, não sendo possível a imposição de ideias do pesquisador, mas, sim, que esse se torne um bom ouvinte ao

questioná-los. Polit e Beck (2011) referem que “os seres humanos são os instrumentos diretos através da qual a informação qualitativa é reunida e eles são ferramentas inteligentes e sensíveis, porém falíveis”.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2017, mediante a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS- FURG), sob o número de parecer 70/2017, respeitando-se os princípios da Resolução 466/2012 de pesquisa envolvendo seres humanos. Inicialmente, realizou-se uma visita para dialogar previamente com os trabalhadores da CIHDOTT, a fim de explicar a realização da pesquisa. Foi feito um encontro, previamente, com os participantes do estudo, momento em que foram apresentados os objetivos e a metodologia da pesquisa. Solicitou-se seu consentimento livre e esclarecido para participação no estudo e a utilização do gravador digital, agendando-se um encontro para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade dos trabalhadores.

A coleta foi realizada exclusivamente pela autora da pesquisa e os encontros foram realizados durante o turno de serviço dos participantes no seu local de trabalho, e tiveram duração de aproximadamente uma hora. As informações obtidas nas entrevistas foram gravadas e transcritas, bem como validadas com os participantes do estudo.

3.5 Análise dos dados

3.5.1 Etapa quantitativa

Foi construído um banco de dados no software estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0, a fim de fazer uma análise descritiva e frequência dos dados selecionados dos prontuários dos pacientes com ME, apresentando-os em forma de tabelas.

Segundo Polit e Beck (2011), os procedimentos estatísticos possibilitam aos pesquisadores, organizar, interpretar e transmitir informações numéricas, sendo a estatística descritiva utilizada para sintetizar e descrever dados. A partir da obtenção da frequência simples dessas variáveis, foi estabelecida a análise, com base na literatura, acerca do processo de notificação, captação, doação de órgãos e abordagem familiar.

3.5.2 Etapa qualitativa

Foi utilizada, nesse estudo, a técnica de Análise Textual Discursiva, tendo em vista que esta técnica permite espaço para a construção de novos conhecimentos através do envolvimento dos sujeitos, levando à compreensão das diferentes maneiras que se produz ciência, além de permitir a reconstrução dos fenômenos que serão investigados. Dessa forma, a pesquisa seguiu os quatro focos propostos pela técnica de análise textual discursiva: desmontagem dos textos ou processo de desconstrução e unitarização; estabelecimento de relações que consiste no processo de categorização; captando o novo emergente que explicita a compreensão alcançada e um processo auto organizado, que consiste num processo de aprendizagem viva (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Na unitarização dos dados, foi realizada a análise do material detalhadamente; após foi feita a desmontagem dos textos, destacando-se os elementos que o constituem, através da sua fragmentação. A seguir, foi realizado o estabelecimento das relações, ou seja, a construção de relações entre as unidades, classificando e combinando os elementos semelhantes formando conjuntos mais complexos, as categorias (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A partir da riqueza de material desencadeada pelas etapas anteriores, buscou-se a captação de um novo emergente, isto é, a compreensão da comunicação realizada através da interpretação do fenômeno investigado e da elaboração de um metatexto, de possíveis críticas e da validação dos achados.

Através dessa análise, buscou-se interpretar sentidos e significados ao corpus original, realizando um processo auto organizado, que consiste não somente das unidades procedentes das interlocuções teóricas e empíricas, mas da busca de novas compreensões (MORAES; GALIAZZI, 2011).

3.6 Aspectos éticos

Para realização da pesquisa, foi respeitada a Resolução N° 466/2012 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, submetendo este projeto a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde- CEPAS, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, mediante Parecer 70/2017 - CAAE 74782117.0.0000.5324 (ANEXO 1) e também do Comitê de Ética da ACSCRG, mediante Parecer 009/2017 (ANEXO 2).

Essa pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande-FURG (COMPESQ) para avaliação e ciência da Escola

de Enfermagem. Concomitantemente, foi solicitada a autorização do Comitê de Ética da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (APÊNDICE C) e da Coordenadora da OPO-5 para realização do estudo (APÊNDICE D), bem como a permissão para a utilização de dados dos prontuários (APÊNDICE E).

Nesses documentos, foram especificados o objetivo, a metodologia, os riscos e os benefícios dessa pesquisa de modo breve, resguardando todos os envolvidos na pesquisa com compromisso com a ética.

Após a realização de um prévio contato com os trabalhadores da CIHDOTT, foi entregue aos interessados na pesquisa um documento prestando esclarecimentos, convidando-os a participarem da pesquisa; explicitando os objetivos e a metodologia proposta e solicitando o seu Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(APÊNDICE F), por escrito, para participar do estudo, assegurando o cumprimento dos aspectos éticos envolvidos como o direito à privacidade, a garantia do respeito e do anonimato dos participantes.

Obteve-se a autorização dos sujeitos através da assinatura do TCLE, o qual foi assinado pela pesquisadora e pelo (a) participante. Uma cópia ficou com o participante e outra com a pesquisadora. Nesse momento, também foi esclarecido aos participantes da sua possibilidade de abandono da proposta em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa para as pessoas envolvidas.

Assumiu-se o compromisso de desenvolver a pesquisa, procurando cumprir os prazos estabelecidos e divulgando os resultados ao término da pesquisa, através da apresentação aos trabalhadores e à Direção da ACSCRG. Os dados obtidos foram exclusivamente para os fins previstos no protocolo, comprometendo-se a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Assumiu-se, ainda, as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão e o compromisso de cumprir com o rigor científico de uma pesquisa, para que seus resultados possam ser publicados com credibilidade.

Os dados oriundos, da realização da pesquisa, juntamente com os TCLE, serão guardados por cinco anos para que se assegure a validade do estudo. Ficarão sob a confiança da pesquisadora responsável durante o processo de coleta e análise dos dados e serão arquivados em caixa lacradas e guardadas no NEPES sob a supervisão da pesquisadora responsável pelo estudo. Assumiu-se o compromisso como a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 466/2012 que rege as pesquisas com seres humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os dois artigos científicos construídos a partir dos dados obtidos na pesquisa e sua respectiva discussão, de acordo com os objetivos estabelecidos: o primeiro artigo intitulado “Perfil do doador de órgãos e tecidos para transplantes no extremo Sul do Brasil”; e o segundo, denominado “Abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes”.

4.1 Artigo 1

PERFIL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES NO EXTREMO SUL DO BRASIL

PROFILE OF THE DONOR OF ORGANS AND FABRICS FOR TRANSPLANTS IN THE SOUTH END OF BRAZIL

EL PROFILE OF THE DONOR OF ORGANS AND FABRICS FOR TRANSPLANTS EN EL SOUTH END OF BRAZIL

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil do doador de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do extremo Sul do Brasil. Método: estudo quantitativo, a coleta de dados ocorreu através da análise dos 91 Protocolos de Morte Encefálica, identificados nos prontuários, entre os anos de 2012 e 2017. Analisaram-se os dados por meio de estatística descritiva. Resultados: Ao traçar o perfil do doador identificou-se, uma maior predominância do sexo masculino, média de idade de 43 anos e o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico como causa de maior frequência de morte encefálica. Quanto ao consentimento familiar, pode-se constatar um total de 47 negativas e 44 positivas familiares para a doação de órgãos, obtendo-se como justificativa de maior frequência para a recusa familiar, o desconhecimento da decisão do potencial doador, seguida da convicção prévia do potencial doador em não ser doador de órgãos, seguido da preservação da integridade do corpo. Pode-se evidenciar que quando as entrevistas foram realizadas com os pais, filho ou irmão, ou apenas com a mãe, foram obtidas taxas de aceitação mais elevadas. Conclusão: É necessário que sejam tomadas medidas de educação permanente no sentido de despertar nos trabalhadores a consciência para o processo de doação de órgãos, visando a melhoria desse intento envolvendo profissional, família e paciente.

DESCRITORES: Doadores de tecidos; Transplante de Órgãos; Morte Encefálica

ABSTRACT

Objective: To identify the profile of the donor of an Intra-Hospital Commission of Organ and Transplant Tissue Donation in the extreme south of Brazil. Method: a quantitative study, the data collection was performed through the analysis of the 91 Protocols of Brain Death, identified in the medical records, between the years of 2012 to 2017. Data were analyzed through descriptive statistics. Results: A greater predominance of males, mean age of 43 years and Haemorrhagic Vascular Stroke was identified as the cause of a higher frequency of brain death. Regarding family consent, a total of 47 negative and 44 positive family members can be found for organ donation, obtaining as justification for a higher frequency for family refusal, ignorance of the decision of the potential donor, followed by the previous conviction of the donor. potential donor in not being an organ donor, followed by preserving the integrity

of the body. It can be shown that when the interviews were conducted with the parents, child or sibling, or only with the mother, higher acceptance rates were obtained. Conclusion: It is necessary that permanent education measures be taken to awaken in workers the awareness of the process of organ donation, aiming at improving this attempt involving professionals, family and patient.

DESCRIPTORS: Tissue donors; Organ transplantation; Brain Death

RESUMEN

Objetivo: Para identificar el perfil del donador de una institución de la Comisión de Intra-Hospital de Organ y Transplant Tissue Donation en el extremo sur de Brasil. El método: el análisis cuantitativo se realizó a través del análisis de los 91 Protocolos de la muerte cerebral, identificado en los registros médicos, entre los años de 2012 a 2017. La fecha se determinó a través de la descriptiva estadística. Resultados: La mayor predominancia de males, media de 43 años y Haemorrhagic Vascular Stroke se identificó como la causa de la frecuencia de la muerte de la muerte. En el caso de que se trate de una persona que no sea de su familia o de su familia, la persona que se encuentre en el país, el potencial de donante no es un organismo, seguido de preservar la integridad del cuerpo. Se puede ver que cuando se realizó la encuesta con los padres, child o sibling, o sólo con la base de datos, se obtenían. Conclusión: Es necesario que las políticas de educación permanente se vean a despertar en el personal de la conciencia del proceso de organización de la donación.

DESCRIPTORS: Tissue donors; Organismo transplantação; Brain Death

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos representa um dos maiores avanços da medicina neste século, sendo muitas vezes a última alternativa terapêutica. São procedimentos de alta complexidade que exigem recursos materiais e humanos especializados, capacitação técnica de alto nível e educação permanente, pois dizem respeito à transferência de um órgão ou tecido de uma pessoa para outra. Sua efetivação depende, fundamentalmente, do processo de doação-transplante, que é um conjunto de ações e procedimentos sistematizados e inter-relacionados que consegue transformar um potencial doador (PD) em doador de órgãos. Contudo, essa área ainda desperta grandes polêmicas que estimulam interesse e debate em vários segmentos da sociedade⁽¹⁾.

Entende-se por PD todo indivíduo que esteja em coma aperceptivo e arreativo e que não tenha nenhuma doença que inviabilize a doação, designa-se doador falecido, o indivíduo com diagnóstico confirmado de morte encefálica (ME), conforme a resolução estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)⁽²⁾.

A doação de seus órgãos e tecidos dependerá da autorização do cônjuge ou parente maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau. Esse doador pode oferecer para transplante, simultaneamente, coração, pulmões, fígado, pâncreas, intestino e rim, além de córnea, esclera, osso, cartilagem, tendão, menisco, fásia, valva cardíaca e membrana amniótica ⁽³⁾.

Em 2016, o Brasil registrou o maior número de doadores cadáveres da história: ocorreram 2.983 doações. Esse número representa uma taxa de 14,6 por milhão da população (pmp), 5% maior em comparação a 2015. Além disso, foi registrado um crescimento de 103% no número de potenciais doadores entre 2010 e 2016, passando-se de 4.997 para 10.158 ⁽⁴⁾.

Em 2017, apesar de todas as dificuldades, os dados foram ainda mais promissores, pois, a taxa de doadores efetivos cresceu 14%, atingindo 16,6 pmp. Esse acréscimo permitiu alcançar o objetivo previsto em 2015 para esse ano (16,6 pmp) e decorrendo do aumento de 3,8% na taxa de notificação de potenciais doadores (51,6 pmp) e de 10,2% na taxa de efetivação de doadores (32,4%) ⁽⁵⁾.

Apesar da considerável evolução com os crescentes avanços que impulsionaram o processo de doação de órgãos, a situação atual ainda evidencia aspectos críticos que dificultam um maior crescimento dos transplantes no Brasil ⁽⁵⁾. Dessa forma, necessita-se de um olhar ampliado e a caracterização desses índices, diante da importância social que representa a doação de órgãos no Brasil.

Com apoio dessas observações iniciais, formulou-se a seguinte questão norteadora: que características estão associadas ao perfil do doador de órgãos e tecidos para transplantes no Brasil?

Nessa perspectiva, torna-se relevante estudar os fatores relacionados à estrutura, ao processo e aos resultados obtidos, em termos de aceite ou rejeição, para que seja viável detectar eventuais fragilidades que possam interferir na efetividade da doação, e, dessa forma, fornecer subsídios para o planejamento de ações que venham melhorar a qualidade da assistência prestada aos potenciais doadores, resultando em maior viabilidade dos órgãos e tecidos e maiores taxas de sucesso dos transplantes. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar o perfil do doador de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) do extremo Sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo de caráter documental desenvolvido num hospital localizado no extremo Sul do Rio Grande do Sul, local sede da CIHDOTT do estudo. Coordenada pela OPO-5, essa CIHDOTT é atualmente formada por três médicos, dois enfermeiros e um assistente social, sendo oficialmente instituída em 2012.

A coleta dos dados, realizada no período entre outubro de 2017 e janeiro de 2018, incluiu todos os protocolos de morte encefálica (PME) registrados na referida CIHDOTT, entre os anos de 2012 e 2017, totalizando 91 prontuários. A fim de facilitar a coleta e posterior análise dos dados, foi elaborado um instrumento contemplando as seguintes variáveis de interesse: causa do óbito; idade, sexo e procedência do potencial doador; exame complementar realizado; número de doações efetivas; órgãos captados; familiar entrevistado; e motivo da recusa familiar para a doação de órgãos. Todas essas informações foram organizadas através do mapeamento dos temas emergentes, e foram agrupadas por suas similaridades. Foi construído um banco de dados no software estatístico SPSS versão 21.0, o qual foi analisado através de estatísticas descritivas, incluindo a análise de frequência, médias, desvio padrão e percentuais, sendo apresentadas em forma de tabelas.

Os procedimentos estatísticos possibilitam aos pesquisadores, organizar, interpretar e transmitir informações numéricas, sendo a estatística descritiva utilizada para sintetizar e descrever os dados ⁽⁶⁾. A partir da obtenção da frequência simples dessas variáveis, foi estabelecida a análise, com base na literatura, acerca do processo de notificação, captação e abordagem familiar.

Esse estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade local e aprovado parecer sob número 70/2017, em conformidade com os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Para melhor entendimento e compreensão dos resultados da pesquisa, optou-se pela sua apresentação através dos seguintes tópicos: caracterização dos protocolos de pacientes com morte encefálica; perfil do doador; e entrevista familiar e o motivo da recusa para doação de órgãos.

1. Caracterização dos protocolos de pacientes com morte encefálica

Para traçar a caracterização dos protocolos de pacientes com ME da instituição estudada foram analisados 91 prontuários entre os anos de 2012 e 2017. A Tabela 1 apresenta a distribuição destes protocolos no período analisado.

No que se refere às causas básicas do óbito, pode-se evidenciar que os diagnósticos clínicos mais presentes foram o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (47,3%), o Traumatismo Crânio Encefálico (16,5%), o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (13,2%) e a Parada Cardiorrespiratória (9,9%). O exame complementar com maior prevalência foi a Cintilografia Cerebral (49,5%), seguida da Arteriografia Cerebral (35,2%) e, por último, o Doppler Transcraniano (9,9%).

Tabela 1 – Perfil dos prontuários com protocolo de morte encefálica – Rio Grande, RS - 2012- 2017

Ano	N	%
2012	9	9,9
2013	9	9,9
2014	20	22
2015	13	14,3
2016	22	24,2
2017	18	19,8
Total	91	100
Causas do óbito	N	%
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	43	47,3
Traumatismo Crânio Encefálico	15	16,5
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	12	13,2
Parada Cardiorrespiratória	9	9,9
Ferimento por Arma de Fogo	5	5,5
Insuficiência Respiratória	1	1,1
Tumor Cerebral	1	1,1
Hidrocefalia	1	1,1
Enforcamento	1	1,1
Total	91	100

Constatou-se, ainda, que 60% eram do sexo masculino, com média de idade de 46 anos ($\pm 16,9$), variando entre 29-62 anos. Quanto à cidade dos potenciais doadores, 80% residiam na mesma cidade da instituição estudada, e em relação às atividades exercidas, 20% eram aposentados, 20% eram do lar e 9% estudantes.

2. Perfil do doador

Pode-se constatar que dos 91 PME, obtidos no período, alcançando um total de 44 positivas familiares para a doação de órgãos, correspondendo a 48,4%. Ao traçar o perfil do doador da instituição estudada (Tabela 2), as causas da ME de maior frequência identificadas foram: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (36%), Traumatismo Crânio Encefálico (25%), Parada Cardiorrespiratória (15,9%) e Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (11,4%). Dos 44 consentimentos familiares existentes para a doação, 70 córneas (79,5%) foram captadas, 30 fígados (68,2%), 70 rins (79,5%), quatro pulmões (4,5%) e um coração (2,3%), o que totalizou 175 órgãos e tecidos captados, os números mostram que um único doador pode ter doado mais de um órgão.

Tabela 2: Perfil do doador: causas do óbito e órgãos e tecidos captados – Rio Grande, RS – 2012-2017

Causas do óbito	N	%
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	16	36,4
Traumatismo Crânio Encefálico	11	25
Parada Cardiorrespiratória	7	15,9
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	5	11,4
Ferimento Por Arma de Fogo	2	4,5
Aneurisma	2	4,5
Enforcamento	1	2,3
Total de Órgãos e Tecidos Captados	N	%
Rim	70	79,5
Córnea	70	79,5
Fígado	30	68,2
Pulmão	4	4,5
Coração	1	2,5
Total	175	100

Evidenciou-se uma maior prevalência do sexo masculino com 63,6% dos doadores, 84% residiam na cidade do estudo e possuíam uma idade média de 43,2 anos ($\pm 17,1$) e, no que se refere à profissão, 18,2% eram estudantes, 13,4% aposentados e 11,4% do lar e professores.

3. Entrevista familiar e o motivo da recusa para a doação de órgãos

Ao analisar-se o consentimento familiar para a doação de órgãos (Tabela 3), pode-se constatar que dos 91 PME, obteve-se um total de 44 positivas familiares para a doação de órgãos (48,4%) e 47 recusas familiares, correspondendo a 51,6%.

Tabela 3: Consentimento familiar para a doação de órgãos – Rio Grande, RS – 2012-2017

Doação de Órgãos	Ano						Total
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Não	5 (55,6%)	5 (55,6%)	12 (60%)	5 (38,5%)	10 (45,5%)	10 (55,6%)	47 (51,6%)
Sim	4 (44,4%)	4 (44,4%)	8 (40%)	8 (61,5%)	12 (54,5%)	8 (44,4%)	44 (48,4%)
Total	9	9	20	13	22	18	91

Quanto à caracterização da abordagem familiar (Tabela 4), em relação ao grau de parentesco do entrevistado, o principal foi o cônjuge (28,6%), seguido do filho (22%), mãe e pai, ambos com (11%). Através dessa análise foi possível identificar as taxas percentuais de efetivação para a doação de órgãos por grupo de entrevistados, identificando-se os seguintes percentuais de aceitação: 100% quando os pais (mãe e pai juntos) foram entrevistados, 66,6% quando a filha ou o irmão foram entrevistados, 63,6% quando somente a mãe foi entrevistada, 42,3% para o cônjuge, 40% nos casos em que somente o filho foi entrevistado e 30% quando este era irmão.

Relacionado à justificativa para a negativa familiar, os principais motivos levantados foram: o desconhecimento da decisão do potencial doador (34,8%), seguido da convicção prévia do potencial doador em não ser doador de órgãos (32,6%) e do desacordo entre os familiares (13%).

Tabela 4: Caracterização da abordagem familiar – Rio Grande, RS – 2012- 2017

Grau de Parentesco Entrevistado	N	%
Cônjuge	26	28,6
Filho	20	22,0
Mãe	11	12,1
Pai	11	12,1
Irmã	10	11,1
Filha	6	6,6
Pais	4	4,4
Irmão	3	3,3
Total	91	100
Autorizaram as doações	N	%
Cônjuge	11	42,3
Filho	8	40,0
Mãe	7	63,6
Pai	5	45,5
Filha	4	66,6
Pais	4	100,0
Irmã	3	30%
Irmão	2	66,6
Total	44	48,4
Motivos da Recusa Familiar	N	%
Desconhecimento da Decisão do Doador	16	34,8
Convicção Previa do Potencial Doador	15	32,6
Desacordo Entre Familiares	6	13,0
Integridade do Corpo	5	10,9
Não Compreenderam a Morte Encefálica	3	6,3
Sem Condições Emocionais	2	4,3
Total	47	100

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou identificar a caracterização dos PME em uma instituição de captação de órgãos e tecidos no extremo sul do Brasil. Pode-se destacar que os anos de 2012 e 2013 foram aqueles que apresentaram o menor número de diagnósticos confirmados para ME (nove protocolos fechados), representando cerca de 10% do total de casos analisados no período, em cada ano. Estes números podem ser justificados pelo fato da CIHDOTT estudada ter sido oficialmente instituída em 2012. Seus membros, recentemente nomeados, iniciavam os treinamentos e qualificações sobre o processo de ME, sendo uma fase inicial, de adaptação e novos conhecimentos adquiridos, não somente para esses trabalhadores, mas também para os demais que atuavam na instituição.

Por outro lado, o ano de 2016 apresentou o maior índice de PME, com um total de 22 casos, representando pouco mais de 24% dos casos observados. Já em 2017, evidenciou-se uma queda em relação ao ano anterior, com um total de 18 diagnósticos, ou quase 20% do total de protocolos do período. De modo geral, tem-se percebido um aumento no número de

casos notificados para ME no país, passando de 8.025 diagnósticos em 2012 para 10.158 protocolos fechados em 2016, representando um aumento de 26,6%, diferentemente do observado na pesquisa aqui realizada.

O fato de a instituição estudada estar enfrentando uma crise financeira bastante importante, desde 2015, pode ter influenciado a queda no número de notificações para morte encefálica, quando comparada aos dados nacionais, uma vez que houve escassez de recursos necessários para a sua efetivação, tais como, exames e profissionais de diversas especialidades, representando serviços que possuem altos custos.

Em relação ao perfil do doador, identificou-se uma amostra com maior predominância do sexo masculino, média de idade de 43 anos, como causa de maior prevalência da morte o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, sendo a maioria estudantes, e com procedência da cidade do estudo, sendo o exame complementar para conclusão de diagnóstico de morte encefálica mais utilizado a Cintilografia Cerebral.

Considerando-se os extremos dos valores das expectativas entre homens e mulheres, a mortalidade é diferencial por sexo, em que, a masculina é superior à feminina. Essa predominância também foi evidenciada numa pesquisa realizada em Sergipe, em que a maior prevalência ocorreu no sexo masculino com 70,3%⁽¹⁾.

No Brasil, entre as principais causas de morte, as doenças cerebrovasculares estão em primeiro lugar, seguidas do infarto agudo do miocárdio. Em 2017, os casos de Acidente Vascular Cerebral representaram 53%, o Traumatismo Crânio Encefálico 32%, restando apenas 15% para outras doenças identificadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, até 2030, o AVC continue sendo a segunda maior causa de mortes no mundo, sendo responsável por 12,2% dos óbitos previstos para o ano⁽⁷⁾.

Quanto à caracterização das doações de órgãos e tecidos para transplante, observou-se uma porcentagem de 51,6% de negativas e 48,4% de positivas familiares para a doação de órgãos. Cabe salientar que em entrevistas realizadas com os pais (mãe e pai juntos), filho ou irmão, ou apenas a mãe, as taxas de aceitação são maiores. Neste sentido, salienta-se que a negativa para a doação é uma das principais barreiras ao aumento de números de transplantes, sendo essa situação decorrente de vários fatores, como problemas familiares, falta de informação e o desconhecimento e a desinformação sobre muitos aspectos da doação⁽⁸⁾.

Dentre os órgãos e tecidos captados para a doação, identificados nesta pesquisa, houve o seguinte percentual: córneas (79,5%), fígado (68,2%), rim (79,5%), pulmão (4,5%) e coração (2,3%), totalizando 175 órgãos ou tecidos captados, assim distribuídos: 70 córneas, 30 fígados, 70 rins, quatro pulmões e um coração.

O motivo de haver mais captações de rim está relacionado a certas vantagens que esse órgão possui para sua utilização, como a ausência de limite de idade para valores laboratoriais de creatinina normal; o tempo de isquemia fria do rim ser de até 36 horas e o fato desse órgão poder ser extraído até 30 minutos após a parada cardíaca. O fígado também é um órgão com alto índice de aproveitamento, pois pode ser preservado entre 12 e 24 horas após a sua retirada e enxertado em até dois receptores ⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, o índice baixo de captação de pulmão e coração na instituição pesquisada ocorre, também, pela logística da cidade do estudo, distante cerca de 300 km da capital do estado, local de origem da equipe captadora. O tempo de espera pode prejudicar o tempo de isquemia fria desses órgãos, ou seja, o tempo desde a retirada do órgão até o transplante propriamente dito, e o tempo de isquemia fria destes órgãos é mais curto que os demais (seis e quatro horas respectivamente) ⁽⁵⁾.

Pode-se conceber, especialmente quanto ao transplante cardíaco, que essa é uma dificuldade vivenciada em todo o território nacional, comprovado pela baixa taxa de aproveitamento (apenas 11,1%) deste órgão em 2017. Esses índices evidenciam que muito precisa ser feito para a manutenção dos potenciais doadores, tanto nos aspectos logísticos quanto nos critérios de aceitação pelas equipes. Além disso, se faz necessário uma melhor distribuição regional de hospitais que tenham capacidade e estrutura para realizarem tais procedimentos. Estima-se que se houvesse condições ideais de manutenção do doador para a realização do transplante cardíaco, poderiam ter sido realizados 1.374 transplantes, ao invés dos 380, nesse ano ⁽⁵⁾.

Quanto aos principais motivos de recusa familiar para a doação de órgãos identificados nesta pesquisa, destacaram-se a convicção prévia do potencial doador em não ser doador de órgãos (34,8%), seguida do desconhecimento da decisão do potencial doador (32,6%) e do desacordo entre os familiares (13%). Tais resultados são suportados pela Revista Brasileira dos Transplantes, a qual aponta que no Brasil a não autorização familiar é a primeira causa de não efetivação da doação, evidenciando a necessidade de maior divulgação e de realização de campanhas de educação da população, no sentido de esclarecer o processo de doação e estimular o seu consentimento, dialogando com seu familiar sobre a sua decisão em relação à doação de órgãos ⁽⁴⁾.

É necessário, ainda, que sejam tomadas medidas de educação permanente entre os profissionais da saúde, demonstrando a importância de se qualificarem e buscarem ao máximo informar a família sobre o que acontece durante o processo de transplantes, minimizando dúvidas desses entrevistados, que muitas vezes deixam de ser sanadas e que levam à recusa

para a doação, simplesmente pela falta de informação correta no momento da entrevista familiar, ponto chave de todo o PME ⁽²⁾.

CONCLUSÃO

Ao traçar o perfil do doador da instituição estudada, através das 44 positivas familiares, entre os anos de 2012 e 2017, evidenciou-se uma maior predominância de doadores do sexo masculino, com idade média de 43 anos e o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico como maior causa de ME, sendo a cintilografia cerebral o exame gráfico de maior prevalência.

Quanto ao consentimento familiar para a doação de órgãos, pode-se constatar um total de 47 negativas para a doação de órgãos, obtendo-se como justificativa de maior prevalência para a recusa familiar, o desconhecimento da decisão do potencial doador, seguida da convicção prévia do potencial doador em não ser doador de órgãos e do desacordo entre os familiares. Quando as entrevistas foram realizadas com ambos os pais juntos, filho ou irmão, ou apenas a mãe, as taxas de aceitação foram mais elevadas.

Percebe-se a necessidade de educação permanente a todos os profissionais envolvidos nos diferentes estágios de uma situação de potencial doação, pois a capacitação poderá ocasionar maior agilidade na identificação do potencial doador, bem como na manutenção e assistência adequada a esse potencial doador, permitindo, com isso, maior viabilidade dos órgãos para doação, além de aplicar uma abordagem familiar com qualidade, visando todo o contexto familiar e social que envolve o momento de decisão sobre a doação ou recusa de órgãos.

Outro fator relevante incide sobre a importância de ter profissionais qualificados para a prática de educação em saúde, através da conscientização da população, permitindo que o processo de doação deixe de ser um tabu na sociedade, e que as famílias consigam dialogar sobre o mesmo, pois através desta pesquisa foi possível identificar que os motivos de maior recusa familiar estão associados especialmente à falta de diálogo e, muitas vezes, desinformação sobre o tema. Acredita-se que uma equipe formada por profissionais qualificados e capacitados desde a identificação, manutenção e abordagem familiar possibilitará melhores índices de aceitação familiar para a doação de órgãos.

Nesse sentido, conhecer a percepção que os familiares possuem sobre a doação de órgãos e suas implicações para a tomada de decisão são fatores importantes e que merecem estudos aprofundados, diante de situações de ME de seus familiares. Posto isso, é necessário ainda que sejam tomadas medidas de educação permanente no sentido de despertar nos

trabalhadores a consciência para o processo de doação de órgãos que deve ser mais efetiva, visando a melhoria desse intento envolvendo o profissional, a família e o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Barreto BS, Santana RJB, Nogueira EC, Fernandez BO, Brito FPF. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória [internet] 2016 [cited 2018 Abr 15]; 18(3): 40-48. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15741>.
2. Garcia CD, Pererira JD, Garcia VD. Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda. Set. 2015; 560pp.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União, Brasília, 24 mar. 2001. Seção Extra, p. 6.
4. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes [internet]. 2017 [cited 2017 Jul 30]. Available from: <http://www.abto.org.br/abtov03>.
5. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes [internet]. 2018 [cited 2018 Jun 1]. Available from: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=566&c=1118&s=0&friendly=rbt-2018>.
6. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Polit, D.F. and Beck, C.T., Eds., Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem, Artmed, Pgs. 247-368. Porto Alegre, 2011.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília (DF) [internet]. 2017 [cited 2018 Mar 8]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=264529>.
8. Garcia VD. A política de transplantes no Brasil: painel desenvolvido em sessão da academia Sul-Rio-Grandense de medicina no dia 26/8/2006. Revista da AMRIGS [internet]. 2006 [cited 2018 Abr 12];50(4):313-20. Available from: <http://www.amrigs.com.br/revista/5004/aesp01.pdf>.

4.2 ARTIGO 2

ABORDAGEM FAMILIAR NO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES

FAMILY APPROACH IN THE PROCESS OF NOTIFICATION, CAPTION AND DONATION OF ORGANS FOR TRANSPLANTATION

EMFOQUE FAMILIAR EN EL PROCESO DE NOTIFICACIÓN, CAPACCIÓN Y DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRANSPLANTES

RESUMO

Objetivo: compreender como ocorre a abordagem familiar e o processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes. Método: pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevista com 20 trabalhadores que já atuaram ou atuam na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do extremo sul do Brasil, coleta realizada no período de outubro a novembro de 2017, aplicando a técnica de Análise Textual Discursiva. Resultados: emergiram duas categorias: aspectos facilitadores da abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos e dificuldades encontradas na abordagem familiar durante o processo de notificação, captação e doação de órgãos. O acolhimento com a família desde o momento da internação, foi identificado pelos trabalhadores, como um aspecto fundamental para facilitar a abordagem familiar. Conclusão: percebe-se a importância de educação permanente aos trabalhadores de saúde, acerca dos temas éticos relacionados aos fatores que influenciam na doação de órgãos e transplantes.

DESCRITORES: Doação de Órgãos; Transplantes; Família; Ética; Trabalhadores.

ABSTRACT

Objective: to understand how the family approach and the process of notification, capture and donation of organs for transplants occur. Method: qualitative research, carried out through an interview with 20 workers who have already worked or work in the Intra-Hospital Organ Donation and Transplant Tissue Commission of the southern tip of Brazil, from October to November 2017, applying the technique of Discursive Textual Analysis. Results: two categories emerged: facilitators of the family approach in the process of notification, capture and donation of organs and difficulties encountered in the family approach during the process of notification, capture and donation of organs. Reception with the family from the time of admission was identified by the workers, as a fundamental aspect to facilitate the family approach. Conclusion: the importance of permanent education to health workers is perceived, regarding ethical issues related to factors that influence organ donation and transplantation.

KEYWORDS: Organ Donation; Transplants; Family; Ethic; Workers.

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo ocurre el abordaje familiar y el proceso de notificación, captación y donación de órganos para trasplantes. **Método:** investigación cualitativa, realizada por medio de una entrevista con 20 trabajadores que ya actuaron o actúan en la Comisión Intra-Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes del extremo sur de Brasil, en el período de octubre a noviembre de 2017, aplicando la técnica de Análisis textual Discursivo. **Resultados:** surgieron dos categorías: aspectos facilitadores del enfoque familiar en el proceso de notificación, captación y donación de órganos y dificultades encontradas en el abordaje familiar durante el proceso de notificación, captación y donación de órganos. La acogida con la familia desde el momento de la internación, fue identificada por los trabajadores, como un aspecto fundamental para facilitar el abordaje familiar. **Conclusión:** se percibe la importancia de educación permanente a los trabajadores de salud, acerca de los temas éticos relacionados a los factores que influyen en la donación de órganos y trasplantes.

DESCRIPTORES: Donación de Órganos; trasplante; la familia; la ética; Trabajadores.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos é uma modalidade de tratamento que consiste na substituição de um órgão doente por outro sadio, podendo proporcionar a cura ou qualidade de vida, de um paciente que já não responde às demais terapêuticas disponíveis. Com a emergência do serviço de transplante no Brasil surgiu a necessidade de regulamentar esta atividade e de criar uma coordenação nacional e um sistema de transplante, definindo critérios claros, tecnicamente corretos e socialmente aceitáveis de notificação, captação e abordagem familiar⁽¹⁾.

Para fins de contextualização, entendem-se ser importante esclarecer que o processo de doação de órgãos é complexo composto por diferentes etapas essenciais. Tais etapas constam na Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1994, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e na Resolução nº 2.173 de 2017 do Conselho Federal de Medicina que trata da caracterização da morte encefálica (ME), bem como da identificação e manutenção do potencial doador (PD); realização de testes para avaliação do quadro de ME através de exame clínico, neurológico e gráfico; comunicação aos familiares sobre o fechamento do diagnóstico e entrevista familiar para doação; com a obtenção de autorização da família, realiza-se a captação e a distribuição dos órgãos ⁽²⁾.

Por determinação da Portaria GM/MS no 905/2000, foi criada a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), a qual, em 2005, foi novamente regulamentada, a fim de determinar que todos os hospitais públicos, privados e

filantrópicos com mais de 80 leitos a constituam, estabelecendo suas atribuições, deveres e indicadores de eficiência e de manutenção do potencial de doação de órgãos e tecidos ⁽³⁾.

No Brasil, a legislação vigente determina que a decisão sobre a doação de órgãos é dos familiares. Dessa forma, concluído o diagnóstico de ME e afastadas as contraindicações para a doação, solicita-se a presença da família para a comunicação do diagnóstico e em seguida a realização da entrevista familiar sobre a possibilidade da doação ⁽⁴⁾.

Os membros da CIHDOTT têm como finalidade: articular-se com os trabalhadores da saúde encarregados do diagnóstico de ME; zelar pela manutenção do PD; elaborar rotinas e protocolos; realizar a abordagem familiar sobre o consentimento da doação e, sanar questionamentos acerca de qualquer etapa desse processo ⁽⁵⁾.

A presença de objetividade, clareza e simplicidade na informação transmitida ajuda os familiares do PD na tomada de decisão com autonomia⁽¹⁾. Nessa perspectiva a família é considerada como elemento principal desse processo e deve ser informada e esclarecida sobre o quadro do seu familiar, para que, no momento da decisão, possa fazê-la com independência.

Assim, tem-se como **questão norteadora desse estudo**: como ocorre o processo de notificação, captação, doação de órgãos e abordagem familiar para transplantes, desenvolvido por uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)? Neste sentido, o presente estudo objetivou compreender como ocorre a abordagem familiar e o processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes desenvolvido por uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de uma Instituição Hospitalar do extremo Sul do Brasil.

Isto posto, é importante avaliar os fatores que são primordiais para fornecer subsídios aos gestores e trabalhadores de saúde no planejamento de ações para melhoria no desempenho da doação de órgãos, com a finalidade de reduzir as filas de pessoas à espera de um transplante.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido num hospital do extremo Sul do país. O local elencado é sede da CIHDOTT do estudo, a qual foi instituída em 2012, e atualmente é formada por três médicos, dois enfermeiros e um assistente social.

Participaram deste estudo os trabalhadores da saúde que atuaram ou ainda atuam como membros da CIHDOTT da ACSCRG, desde 2012 até o presente momento. Apesar de alguns

participantes não atuarem mais na CIHDOTT, ainda encontram-se trabalhando na Instituição do local da pesquisa, situação que facilitou o contato prévio com estes trabalhadores para participarem do estudo. Cabe ressaltar que devido à complexidade do serviço atribuído aos trabalhadores da CIHDOTT, existe uma rotatividade muito grande de seus membros. Foi totalizado 20 profissionais da saúde, compreendido por 5 médicos, 14 enfermeiros e 1 assistente social, identificados pela letra “T” seguido da numeração ordinal.

Foi realizado um encontro, em que foi apresentado o objetivo e a metodologia do estudo, solicitando: o consentimento livre e esclarecido para participação no estudo; a utilização do gravador digital e o agendamento do encontro para a realização da entrevista. Foi realizada entrevista semiestruturada, no período de outubro a novembro de 2017 e a coleta foi realizada exclusivamente pela autora da pesquisa e os encontros foram realizados durante o turno de serviço dos participantes no seu local de trabalho, com duração de aproximadamente uma hora. As informações obtidas nas entrevistas foram gravadas e transcritas, bem como validadas com os participantes do estudo.

Para a análise aplicou-se a técnica de Análise Textual Discursiva através das seguintes etapas: desmontagem dos textos; unitarização; categorização e captando o novo emergente. Esse estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade local e aprovado parecer sob número 70/2017, em conformidade com os princípios éticos da Resolução 466/2012 de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Para melhor entendimento e compreensão dos resultados da pesquisa, emergiram duas categorias: Aspectos facilitadores da abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos; e Dificuldades encontradas na abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos.

Aspectos facilitadores da abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos

Um aspecto importante para favorecer o processo de captação de órgãos junto a família consiste no acolhimento desde a internação e também no vínculo que foi estabelecido com a família do PD durante todas as fases do processo de internação e captação de órgãos:

[...] As grandes vantagens é todo o convívio com essa família nesse processo de internação, se procura ter um atendimento com entendimento do processo de dor, de luto dessa família; o vínculo que a gente cria e o atendimento humanizado é o que facilita a abordagem familiar para o processo de doação de órgãos (T 5).

[...] O acolhimento da família desde o início na internação, o preparo do pessoal da uti [...] os médicos para informar a família desde a suspeita e do próprio diagnóstico de morte encefálica [...] pois através dessas informações a família acaba aceitando mais facilmente e na hora da abordagem para a doação de órgãos, eles muitas vezes já vão sabendo o que querem [...] é muito mais tranquilo quando eles já estão preparados e isso facilita o momento da abordagem familiar (T 7).

Dentre os aspectos positivos para a abordagem familiar foram destacados o ambiente físico adequado para a entrevista e o fato da instituição possuir trabalhadores capacitados para desenvolver atitudes éticas, com tranquilidade e respeito diante da família do potencial doador:

[...] É importante ter lugares adequados para entrevistar os familiares. Eu acho que está mais fácil agora a questão do pessoal da uti, a gente tem profissionais que estão melhor treinados para falar com os familiares sobre a morte, e isso facilitou o trabalho de quem está na CIHDOTT e falar sobre doação (T 1).

[...] A entrevista familiar é muito mais fácil quando a família tem conhecimento da morte encefálica, quando a família foi orientada pelo médico da UTI em relação a gravidade do paciente, criando confiança com a equipe assistencial (T 9).

[...] A gente procura desligar o celular, deixar o ambiente bem tranquilo, bem silencioso. Havia muita recusa e eu vi que tinha alguma coisa que deveria melhorar [...] (T 3).

No que se refere à abordagem familiar, uma das participantes referiu a importância de resgatar a sensibilidade para "enxergar um outro lado" da profissão, aprendendo como dialogar com a família diante de um momento tão difícil, de aperfeiçoar a entrevista familiar para despertar seu interesse para a possibilidade de favorecer o processo de doação de órgãos:

[...] me fez crescer bastante como profissional, entender um outro lado da medicina que eu não conhecia antes. A gente não tem contato antes, na faculdade, então, eu vi o quanto receber um órgão muda a vida da pessoa, e eu pude ver o outro lado e isso me fez crescer muito como profissional, o lado de precisar conversar com as pessoas, num momento difícil, de elaborar melhor essa abordagem [...] isso se estende para todos os outros pacientes, então se acaba aplicando aquilo para todos e, isso melhora a assistência, e o que se pode fornecer para os pacientes (T 1).

[...] Aprendi que era necessário ouvir os familiares primeiro, e dessa forma foi que eu aprendi e, depois disso, todas as minhas entrevistas foram positivas, acho que foi eu que encontrei uma maneira de manejar melhor (T3).

A atuação dos trabalhadores no processo de captação de órgãos para a doação é muito gratificante, uma vez que pode salvar uma outra vida ou fazer diferença na qualidade de vida de outras pessoas:

[...] Saber que a gente vai ajudar a devolver a visão de uma pessoa que não enxerga mais, pra mim já é muito gratificante (T 3).

[...] Significa participar de algo que irá salvar ou melhorar a qualidade de vida de alguém que está lutando para viver e ter a sua saúde restabelecida (T 10).

Um outro fator que contribui para participar da comissão está atrelado a importância das ações dos trabalhadores e a diferença que seus atos representam para quem aguarda por um órgão na fila de transplante:

[...] É saber que vai poder ajudar muita gente, se trabalha em algo que faz diferença dentro de um hospital, conseguir a doação para ajudar muita gente (T 7).

[...] Através de nosso trabalho, sabemos que podemos diminuir nem que seja o sofrimento e angústia daqueles que aguardam por uma ligação de esperança por um órgão (T 8).

[...] Tentar auxiliar algumas pessoas que estão na fila de transplantes e que não tem mais esperança na vida a poder continuar sonhando é o mais importante (T 12).

O processo de notificação, captação e abordagem familiar envolve não só o empenho das equipes no momento da entrevista, ela também está relacionada com a interação estabelecida entre os diferentes trabalhadores da saúde entre si e com os familiares, bem como ao cuidado dispensado ao PD em todo o período de internação:

[...] Atualmente a OPO trabalha em conjunto com a CIHDOTT, então durante o processo não existe diferença entre os membros [...] a equipe de enfermagem tá 100% presente, nada se consegue fazer sozinho [...] caso um profissional que não queira participar ou trazer alguma dificuldade, já prejudica todo o processo (T 5).

[...] Existe sim apenas um facilitador, que é a união entre os membros da CIHDOTT-OPO, a equipe é extremamente unida e possui todo o conhecimento para conduzir todo o processo (T 11).

[...] as facilidades são as equipes multidisciplinar que temos como um auxílio e o quanto éramos unidos em relação ao protocolo [...] (T 4).

Diante do exposto foi possível evidenciar que os trabalhadores identificam como aspectos facilitadores para o processo de notificação, captação e abordagem familiar: acolhimento com a família desde o momento da internação; ambiente físico adequado para a abordagem familiar; trabalhadores mais capacitados; união estabelecida entre os membros da CIHDOTT e trabalhadores com satisfação por perceber que seu trabalho pode salvar e fazer a diferença na qualidade de vida de outras pessoas.

Dificuldades encontradas na abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos.

A negativa familiar para a doação de órgãos provoca sentimento de frustração, decepção e tristeza:

[...] Eu vou confessar que eu me sinto frustrada, eu sempre acho que eu não expliquei o suficiente para conseguir a doação (T 1).

[...] Digamos que um turbilhão de emoções perante um momento muito triste então meu sentimento é de tristeza por infelizmente não poder ajudar um outro ser humano que precisa de um órgão (T 11).

[...] eu entendo as pessoas que recusam, mas me sinto triste e desapontada, como se todo meu trabalho tivesse sido em vão [...] é um processo muito cansativo e estressante, somos constantemente cobrados por nós mesmos que tenha um final positivo para a doação de órgãos (T 12).

A falta de comunicação referente ao PME pelos profissionais atuantes diretamente com o cuidado do PD, se tornou um obstáculo para os trabalhadores da CIHDOTT durante o processo, desde a identificação e notificação de ME até a abordagem familiar:

[...] Ao meu ver, não existe facilidades neste processo de abordagem [...] o médico ao informar o início desse processo por vezes acaba não sendo claro com a família, e até mesmo não tem entendimento sobre esse assunto, além da falta de postura, sendo extremamente resistente [...] (T 11).

[...] a dificuldade maior está nos colegas que, por falta de informação ou interesse não querem abrir o protocolo. (T 6).

Outra dificuldade vivenciada pelos trabalhadores está no enfrentamento de momentos difíceis vividos entre si e com a família do PD, pois o diagnóstico de ME pode exacerbar uma mistura de sentimentos e emoções:

[...] é um misto de sentimentos, pois cada história é diferente, cada protocolo tem suas peculiaridades, por mais profissional que você seja, é uma situação triste, impactante e cansativa[...] (T 11).

[...] existem mortes muito traumáticas, e nós mesmo sendo profissionais, acabamos nos envolvendo bastante [...] temos sentimentos, o que torna tudo mais difícil. (T 3).

[...]é um processo tenso e bem difícil para nós e para a família, bastante difícil abordar a família numa situação dramática em que está perdendo um familiar [...] são situações catastróficas e complicado para o familiar compreender [...] (T 8).

Outro empecilho apontado pelos participantes está atrelado a indisponibilidade do neurologista, e também, de anestesista para a captação dos órgãos:

[...] Nós temos dificuldade para encontrar um neurologista disponível [...] precisa da boa vontade dos colegas e muitas vezes necessita “implorar” para que o exame seja realizado [...] e também do anestesista, porque muitas vezes não tem plantão e quando tem plantão, a maioria dos profissionais são resistentes a ir por alegar que a captação de órgãos não é uma urgência (T 1).

Um outro fator, que dificulta a abordagem familiar nesse processo, diz respeito à localização da cidade do estudo, devido a sua distância em relação a cidade em que a equipe de captação se desloca sendo assim, o tempo de espera familiar se torna maior, o que possibilita a desistência para a doação de órgãos:

[...] a ausência de uma equipe de captação na cidade atrapalha o aceite familiar para a doação muitas vezes, a família não quer aguardar todo o tempo necessário [...] entra todas as questões, se a meteorologia está boa, se tem piloto [...]então tudo isso envolve o tempo para a família esperar [...] (T 2).

[...] Como moramos em uma cidade do interior, uma das dificuldades que eu vejo é o tempo de espera pra chegada da equipe de captação (que pode levar mais de 6h após o fechamento do diagnóstico), levando muitas vezes à desistência da doação por parte da famílias (T 12).

Outro fator que foi evidenciado nas entrevistas é o quanto o mau atendimento a família e ao PD pode influenciar na condução da abordagem familiar e conseqüentemente a recusa para doação de órgãos:

[...] quando o paciente e sua família não são bem atendidos, na entrada do hospital, e também na própria UTI, pode influenciar diretamente na decisão familiar para a recusa de doar órgãos (T 6).

[...] O protocolo vai desde como essa família foi acolhida, desde a entrada no hospital. Muitas vezes interfere na opinião da família, se foi destrutado, se não teve atenção de algum trabalhador da equipe de saúde ou em qualquer área do hospital eles acabam referindo isso na hora da abordagem familiar e recusam a doação (T 8).

A ausência de capacitações ainda é um fator destacado como obstáculo no processo de notificação, captação e doação de órgãos:

[...] Eu acho que é necessário treinar os profissionais que fazem parte da CIHDOTT para que tenham uma melhor forma de abordagem possível com a família (T 17).

[...] O que se deve trabalhar mais é com os profissionais de saúde, em como cuidar este paciente, como identificar a ME, como comunicá-la [...] atuar com enfermeiros e médicos das unidades básicas, explicar a importância e de como funciona o processo (T 5).

[...] Educação dos próprios funcionários do hospital desde o porteiro, funcionários do pronto socorro [...] todo mundo. Fazer educação permanente para que as pessoas entendam melhor e possam colaborar mais com o processo e também acolherem melhor as famílias (T 8).

Dessa forma, foram evidenciadas dificuldades pelos trabalhadores: o insuficiente conhecimento relacionado à temática durante o processo de formação profissional; trabalhadores com sentimento de frustração e decepção diante da negativa familiar para a doação de órgãos; falta de comunicação e informação dos demais profissionais atuantes diretamente com o cuidado do potencial doador de órgãos; ausência da disponibilidade do neurologista e, também, de anestesista para a captação dos órgãos; a distância da cidade do estudo em relação à cidade da equipe de captação e a ausência de capacitações aos trabalhadores.

DISCUSSÃO

O acolhimento com a família desde o momento da internação, foi levantado pelos trabalhadores, como um aspecto fundamental para facilitar a decisão durante o processo de notificação, captação e abordagem familiar, ao passo que, a sua ausência foi um dificultador identificado pelos trabalhadores para o consentimento familiar para a doação de órgãos. Os atendimentos prestados, anteriormente ao diagnóstico de ME, têm fundamental importância sobre a decisão dos familiares em autorizar a doação, este histórico perpassa a percepção que a família faz acerca do acolhimento disponibilizado pela equipe de saúde ⁽⁶⁾.

A abordagem familiar traz consigo grande complexidade emocional, já que, é neste momento que os familiares do potencial doador reagem e expressam seu pesar diante da morte de formas diferentes. Assim, ressalta-se, que a decisão familiar também é influenciada por questões emocionais, pois famílias insatisfeitas com o atendimento são menos propensas a decidir pela doação de órgãos, em virtude disso, atitudes éticas e seguras do entrevistador são fundamentais para que as famílias se sintam confortáveis em tomar essa decisão⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, uma atitude ética requer uma informação clara e precisa acerca dos procedimentos antes e depois da autorização para doação, por meio de uma postura também humanizada ⁽⁷⁾. Os trabalhadores ainda destacaram que uma equipe de CIHDOTT treinada também se constitui num fator relevante para a abordagem. Além disso, possuir um espaço físico adequado para as entrevistas, pode contribuir para uma ação bem sucedida, pois a entrevista é uma das etapas de maior complexidade no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante envolve aspectos éticos, legais e emocionais, além de ocorrer minutos ou horas após a comunicação da ME, concretizando, para os familiares a impotência, a morte e a separação do potencial doador ⁽¹⁾.

Apesar de estarem diante de uma condição de ME, os participantes enfatizaram que trabalham com satisfação, uma vez que percebem o quanto o seu trabalho é significativo, por estar fazendo um bem, algo bom, que pode gerar vidas e promover a qualidade de vida de outras pessoas, possibilitando um feedback positivo em relação ao complexo trabalho que é realizado no processo de doação de órgãos ⁽⁸⁾.

Neste sentido, cuidar do paciente em ME e vivenciar a morte e o morrer no cotidiano, do trabalho, pode ser um dilema, pois ao mesmo tempo em que os trabalhadores dedicam parte de seu trabalho cuidando de uma pessoa morta, em detrimento de outros pacientes com possibilidade de recuperação, possibilitam a vida para aqueles que aguardam na fila de espera ⁽⁸⁾, o que produz a sensação de paz.

Ademais, os trabalhadores destacam o quanto a união entre seus membros facilita o enfrentamento das dificuldades encontradas durante o protocolo de morte encefálica. A experiência de trabalhar em equipe nos cuidados prestados ao PD fortalece os trabalhadores, pois o entrosamento entre as diversas equipes facilita as atividades e o processo de doação, sendo fundamental, para que cada um contribua com seu saber, e tudo aconteça da melhor forma possível, alcançando assim o objetivo final: a doação de órgãos ⁽⁹⁾.

Apesar da atualização dos trabalhadores da CIHDOTT, a falta de conhecimento e uma comunicação ineficaz dos demais trabalhadores diretamente envolvidos no cuidado do potencial doador de órgãos representa um problema no processo de notificação, captação e abordagem familiar. O conhecimento acerca do processo de doação e da execução de suas etapas possibilita a obtenção de órgãos para realização de transplantes, porém, o desconhecimento, é visto como a principal dificuldade para dar continuidade ao processo ⁽¹⁰⁾ e como causa da não efetivação da doação.

A comunicação, no âmbito da saúde, tem a intenção de estimular a reflexão e a conscientização, com o consequente empoderamento e emancipação, individual ou coletiva de todos os envolvidos. Idealiza-se que esta comunicação, seja pautada em estratégias eficazes, permitindo que os familiares tenham acesso ao conteúdo comunicado de forma compreensível, e que a decisão de doar, ou não, os órgãos seja feita de maneira consciente, possibilitando um desfecho de luto normal ⁽¹¹⁾.

Desse modo, as informações necessárias antes e depois do diagnóstico de ME, devem ser claras, pois a família, é o elemento principal para que ocorra, com sucesso, o processo de doação ⁽¹²⁾. Nesta perspectiva, os manejos das situações difíceis não dependem somente de recursos técnicos, mas principalmente, da sensibilidade dos trabalhadores no enfrentamento desse momento em que intensas emoções encontram-se em destaque. Deste modo, é relevante atentar para a educação e preparo emocional desses trabalhadores que lidam frequentemente com dilemas morais e que enfrentam em suas realidades laborais constantes desafios em prol da causa da doação de órgãos ⁽⁸⁾.

Um outro dilema para a abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos, refere-se à indisponibilidade do neurologista e anestesista de plantão para a captação dos órgãos. A instituição do estudo é referência em atendimentos de média e alta complexidade para 23 municípios no entanto, desde 2015, vem passando pela mais grave crise financeira da sua história. Essa situação pode comprometer diretamente ou indiretamente o índice de notificações para ME, contribuindo de modo negativo para o declínio das captações

de órgãos, uma vez que são necessários vários exames e também profissionais especialistas, o que demanda altos custos.

Outro problema identificado na instituição do estudo, pelos trabalhadores, é a localização da cidade e sua distância em relação à cidade de origem da equipe de captação de órgãos. O tempo longo de espera, é considerado como um fator complicador do processo de doação, já que provoca sofrimento à família, tornando a situação angustiante, sendo um dos motivos de recusa encontrado em diferentes pesquisas ⁽¹³⁾.

Pensando nisso, acredita-se na importância do desenvolvimento do processo educativo ao longo da vida, que leve a refletir sobre a necessidade de serviços e profissionais sérios, éticos e comprometidos, multidisciplinares que possam lidar com essas questões, resgatando a humanização, a cidadania, a qualidade do serviço e do cuidado/assistência, tendo em vista, a segurança, o respeito e a responsabilidade para todo e qualquer cidadão que necessite dos serviços de saúde ⁽¹⁴⁾.

Outro dado relevante dos trabalhadores foi a importância da informação e da capacitação de todos os profissionais envolvidos no processo, desde a formação, pois ressaltam a ausência de profissionais mais qualificados e capacitados e que tenham interesse em modificar esse quadro de negativas familiares e atuarem contribuindo e agregando melhorias a fim de facilitar todo o processo de notificação, captação e abordagem familiar.

A educação é fator determinante para o sucesso ou fracasso dos transplantes, permitindo habilidade e competência da equipe, o que pode ser realizado por meio da Educação Permanente nos serviços de saúde, trabalhando no coletivo, as situações limites, evidenciadas na fala de familiares ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

Através do estudo, foi possível evidenciar que os trabalhadores identificam aspectos facilitadores para o processo de notificação, captação e abordagem familiar, tais como: acolhimento com a família desde o momento da internação; ambiente físico adequado para a abordagem familiar; trabalhadores mais capacitados; união estabelecida entre os membros da CIHDOTT e trabalhadores com satisfação por perceber que seu trabalho pode salvar e fazer a diferença na qualidade de vida de outras pessoas.

Também foram evidenciadas dificuldades pelos trabalhadores, tais como: o insuficiente conhecimento relacionado à temática durante o processo de formação profissional; trabalhadores com sentimento de frustração e decepção diante da negativa familiar para a

doação de órgãos; falta de comunicação e informação dos demais profissionais atuantes diretamente com o cuidado do potencial doador de órgãos; ausência da disponibilidade do neurologista e, também, de anestesista para a captação dos órgãos; a distância da cidade do estudo em relação à cidade da equipe de captação e a ausência de capacitações aos trabalhadores.

O estudo permitiu uma maior reflexão e compreensão acerca da complexidade do processo de notificação, captação e abordagem familiar, na instituição pesquisada. Assim, os trabalhadores identificam que apesar das facilidades encontradas, as dificuldades existentes são mais prevalentes e atentam para a emergência de necessidades de melhorias em relação ao processo como um todo, a fim de modificar o cenário da doação de órgãos da atualidade.

Nesta perspectiva, os manejos das situações difíceis não dependem somente de recursos técnicos, mas, principalmente, da sensibilidade dos trabalhadores no enfrentamento desse momento em que intensas emoções se encontram em destaque, seja por parte dos familiares do PD, seja por parte da equipe de trabalhadores atuantes com o PD. Deste modo, é relevante atentar para a formação desses profissionais que lidam frequentemente com dilemas morais e que enfrentam em suas realidades laborais constantes desafios em prol da causa da doação de órgãos.

Reforça-se, ainda, a importância de educação permanente aos profissionais de saúde inseridos no mercado de trabalho, acerca dos temas relacionados à doação e transplantes. Além disso, há necessidade de educação em saúde direcionados à população com a finalidade de diminuir a recusa familiar e, conseqüentemente, aumentar o número de doações e transplantes.

Pensando nisso, acredita-se na importância do desenvolvimento do processo educativo ao longo da vida, concernente ao pressuposto da doação e transplante de órgãos e tecidos do ser humano. Isto posto, considera-se necessário refletir sobre a necessidade de serviços e profissionais sérios, éticos e comprometidos, multidisciplinares que possam lidar com essas questões, resgatando a humanização, a cidadania, a qualidade do serviço e do cuidado/assistência, a solidariedade e a ética, tendo em vista, a segurança, o respeito e a responsabilidade tanto para o PD, quanto para a família.

REFERÊNCIAS

1.Moraes EL, Santos MJ, Merighi MAB, Massarollo MCKB. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2014 [cited 2018 Jun 12]; v. 22, n.2, p. 226-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00226.pdf.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 9.434 de 4 de fevereiro de 199701. Que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de tratamento. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.173/17: defini os critérios para diagnóstico de morte encefálica [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018 mai. 25]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2162.htm>.
3. Schirmer J, Leite RF, Kian FM, Lemos MC, Carrara FSA. Doação de órgãos para transplante: Conflitos éticos na percepção do profissional. O Mundo da Saúde [internet]. 2013 [cited 2017 Nov 14]; 36(1), 27-33, 2013. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/doacao_organos_transplante_conflitos_eticos.pdf.
4. Halldorson J, Roberts JP. Decadal analysis of deceased organ donation in Spain and the United States linking an increased donation rate and the utilization of older donors. Liver Transpl [internet]. 2013 [cited 2018 Mai 16]; 19(9):981-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23780795>.
5. Westphal, et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev. bras. ter. Intensive. 2016; v.28, n.3, jul.set.
6. Victorino JP, Ventura CAA. Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação. Revista Bioética [internet]. 2017 [cited 2018 Jun 10]; 25(1), 138-147. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3615/361550413016.pdf>.
7. Bueno SMV. Tratado de educação preventiva. Ribeirão Preto: FIERP/EERP USP. 2009.
8. Lima AAF, Silva MJP, Pererira LL. Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. **Rev Enfermería Global** [internet]. 2009 [cited 2018 Jul 2] ; v.15, p. 1-17. 2009. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100002.
9. Celite IVA, Maia LS, Silva MB, Cardinal HH. Papel da Enfermagem nas Equipes de Transplante de Cuiabá/MT. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 24 a 28 de setembro de 2006; Porto Seguro: COFEN, 2006.
10. Santos MJ, Massarollo MCKB. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Acta Paul Enferm. 2011; 24(4):472-8.
11. Castelli I, Costa ALJ. Profissionais de saúde e o diagnóstico de morte encefálica: uma revisão. Revista Espacios [internet]. 2018 [cited 2018 Abr 12]; ISSN 0798 1015 Vol. 39 (Nº 07). Available from: <http://www.revistaespacios.com/a18v39n07/a18v39n07p06.pdf>.
12. Cinque VM, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Rev Esc Enf. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 996-1002, 2010.
13. Barreto BS, Santana RJB, Nogueira EC, Fernandez BO, Brito FPF. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. Rev. Bras. Pesq.

Saúde, Vitoria [internet] 2016 [cited 2018 Abr 15]; 18(3): 40-48. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15741>.

14. Almeida EC, Bueno SMV, Baldissera VAD. Atuação de profissionais de saúde em doação de órgãos na perspectiva do familiar: uma análise problematizadora. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama [internet]. 2015 [cited 2018 Mai 13]; v. 19, n. 2, p, 139-145. Available from: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5434/3121>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa dissertação, apresentados sob forma de dois artigos, permitiram alcançar os objetivos pretendidos, viabilizando compreender o processo de notificação, captação, doação de órgãos e a abordagem familiar para transplantes desenvolvido por uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de uma Instituição Hospitalar do extremo Sul do Brasil.

No primeiro artigo, intitulado " Perfil do doador de órgãos e tecidos para transplantes no extremo Sul do Brasil", foi possível evidenciar que dos 91 protocolos de morte encefálica analisados entre os anos de 2012 e 2017, houve uma maior prevalência do sexo masculino, com idade média de 43 anos, com o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico como a maior causa básica do óbito, sendo que, a cintilografia cerebral foi o exame gráfico de maior prevalência.

Quanto ao consentimento familiar, pode-se constatar um total de 47 negativas e 44 positivas familiares para a doação de órgãos, obtendo-se como justificativa de maior prevalência para a recusa familiar em doação de órgãos, o desconhecimento da decisão do potencial doador, seguida da convicção prévia do potencial doador em não ser doador de órgãos, e da preservação da integridade do corpo. Quando as entrevistas são realizadas com os pais, filho ou irmão, ou apenas a mãe as taxas de aceitação são mais elevadas. No que tange à captação de órgãos e tecidos houve um destaque para as córneas, rim e fígado, obtendo-se uma média de 3,84 órgãos por captação, ou seja, por doador. O estudo evidenciou apenas uma captação de coração durante todo o período da pesquisa.

No segundo artigo, utilizando-se de uma abordagem qualitativa, denominado "Abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes", foi possível identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos trabalhadores nesse processo.

Os aspectos facilitadores identificados pelos trabalhadores, foram: acolhimento com a família desde o momento da internação; ambiente físico adequado para a abordagem familiar; trabalhadores mais capacitados; união estabelecida entre os membros da CIHDOTT e trabalhadores com satisfação por perceber que seu trabalho pode salvar e fazer a diferença na qualidade de vida de outras pessoas.

Já as dificuldades foram: o insuficiente conhecimento relacionado à temática durante o processo de formação profissional; trabalhadores com sentimento de frustração decepção diante da negativa familiar para a doação de órgãos; falta de comunicação e informação dos demais profissionais atuantes diretamente com o cuidado do potencial doador de órgãos; a

ausência da disponibilidade do neurologista e também anestesista para a captação dos órgãos; a distância da cidade do estudo em relação a cidade da equipe de captação e a ausência de capacitações aos trabalhadores.

Os dados obtidos permitiram traçar um panorama clínico-epidemiológico dos PD da instituição estudada, fato que corrobora com a implantação de estratégias de aperfeiçoamento aos trabalhadores das CIHDOTTs e dos demais profissionais envolvidos, que atuam na manutenção do PD, realização do PME e abordagem familiar. Considera-se que os manejos das situações difíceis não dependem somente de recursos técnicos, mas principalmente, da sensibilidade dos trabalhadores no enfrentamento, desse momento em que intensas emoções encontram-se em destaque, seja por parte dos familiares do PD, seja por parte da equipe de trabalhadores atuantes com o PD.

Diante desse cenário, percebe-se a necessidade de educação permanente a todos os profissionais envolvidos nos diferentes estágios de uma situação de potencial doação, pois a capacitação poderá ocasionar maior agilidade na identificação do potencial doador, bem como na manutenção e assistência adequada a esse potencial doador, permitindo, com isso, maior viabilidade dos órgãos para doação, além de aplicar uma abordagem familiar com qualidade, visando todo o contexto familiar e social que envolve o momento de decisão sobre a doação ou recusa de órgãos.

Outro fator relevante incide sobre a importância de ter profissionais qualificados para a prática de educação em saúde, através da conscientização da população, permitindo que o processo de doação deixe de ser um tabu na sociedade, e que as famílias consigam dialogar sobre o mesmo, pois através desta pesquisa foi possível identificar que os motivos de maior recusa familiar estão associados especialmente à falta de diálogo e, muitas vezes, desinformação sobre o tema. Acredita-se que uma equipe formada por profissionais qualificados e capacitados desde a identificação, manutenção e abordagem familiar possibilitará melhores índices de aceitação familiar para a doação de órgãos.

Destaca-se, ainda, que essa dissertação teve, como limitações, a carência de estudos nesta área e sua realização em uma amostra de profissionais de uma única instituição da região no sul do Rio Grande do Sul. Porém, apesar da CIHDOTT ter sido oficialmente instituída em 2012, seus dados se assemelham aos múltiplos contextos de saúde existentes no Brasil, podendo, portanto, ter seus resultados generalizados para todo país.

O trabalho demonstra a necessidade e a importância de prosseguir-se realizando estudos sobre ética, ME e abordagem familiar, de modo a contribuir para a transformação da realidade e possibilitar a redução de filas de transplantes. Acredita-se que este corpo de

conhecimentos, seja importante para fomentar pesquisas de outros trabalhadores na área de transplantes. Podendo resultar em benefícios potenciais à qualidade de vida dos trabalhadores, usuários, famílias, sociedade, bem como à comunidade científica e fornecer subsídios aos gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações para melhoria no desempenho da doação de órgãos, com a finalidade de reduzir as filas de pessoas à espera de um transplante.

Assumimos o compromisso de agendar um encontro, ao término desse processo, com os trabalhadores com a finalidade de divulgar os resultados obtidos nessa pesquisa e contribuir para a melhoria na qualidade do serviço. A Abordagem familiar não se restringe ao ato de trabalhar em prol da captação e da doação, mas também à possibilidade de colaborar com a qualidade de vida dos receptores e familiares dos receptores, o que requer a solidariedade dos trabalhadores no processo de captação e doação de órgãos.

REFERÊNCIAS

ARCANJO, R.A.; OLIVEIRA, L.C.; SILVA, D.D. Reflexões sobre a comissão intrahospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev. bioét.** v.21, n.1, p.119-25, 2013.

ASSIS, F. N. Dez Anos de Transplante Sob a Lei da Vida. Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos – ADOTE. Junho, 2008. Disponível em: <<http://www.adote.org.br>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. 2017. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/>>. Acesso em 20 jul. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. 2018. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=566&c=1118&s=0&friendly=rbt-2018>> Acesso em 1 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de tratamento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10211.htm> Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 905. 2000. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt905.html>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 10.221 de 23 de março de 2001. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei10211.htm>> Acesso em: 02 ago. 2017.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.480, de 8 de agosto de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, p.1827, seção I, 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 8 ago. 2017.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.480/97: defini os critérios para diagnóstico de morte encefálica. 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.173/17: defini os critérios para diagnóstico de morte encefálica. 2017. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2162.htm>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 292/2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. 2004. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BACCHELLA, T.; OLIVEIRA, R. A. **Bioética dos Transplantes**. In: SEGRE, M. A. *Questão Ética e a Saúde Humana*. São Paulo: Atheneu, p. 123-133, 2006.

BACKES, D.S. *et al.* O Papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar: A visão de Profissionais de Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v.7, n.3, p.319-26, jul. set., 2008.

DALBEM, G. G., CAREGNATO, R. C. A. Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: recusa das famílias. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 728-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/16.pdf>>. Acesso em: 16 de jul. 2017.

DESLAURIERS, J.P.; KÉRISIT, M. **O delineamento da pesquisa qualitativa**. In: POUPART, J.; et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução Ana Cristina Nasser. 4. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

DURÁN, B.M. Modelo espanhol é referência no mundo. Cultura Doadora. Edições Impressas. 2014. Disponível em: <<https://www.extraclasse.org.br/edicoes/2014/09/modelo-espanhol-e-referencia-no-mundo>>. Acesso em: 04 de jun. 2018.

ERTIN, H. *et al.* Nursefocused ethical solutions to problems in organ transplantation. **Nurs Ethics**. v.17, n.6, p.705-14, nov. 2010.

FERRAZZO, S.; VARGAS, M.A.O.; MANCIA, J.R.; RAMOS, F.R.S. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. R. Enferm. UFSM 2011 Set/Dez;1(3):449-460. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2790>>. Acesso em: 12 de mai. 2018.

GARCIA, C.D.; PEREIRA, J.D.; GARCIA, V.D. Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda., 560pp, set. 2015.

GORTMAKER, S. L. *et al.* Organ donor potential and performance: size and nature of the organ donor short fall. Crit care Med. 1996; 24 (3); 432-9. In: **Rev Latino-am Enfermagem**. ed.3, mai.jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 15 de ago. 2017

GUMBLEY, E.; PEARSON, J. Tissue donation: benefits, legal issues and the nurse's role. **Nurs Stand**, v.21, n.1, p.51-6, set. 2006.

KOMAROFF, A.; MURRAY, R. J.: A surgeon who changed the world of medicine. Harvard Health Publications. 2012. Disponível em: <<http://www.health.harvard.edu/blog/remembering-dr-joseph-murray-a-surgeon-whochanged-the-world-of-medicine-201211285590>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

KUNG, H. Por que ainda ser cristão hoje? 1ª ed. Campinas: Verus; 2004.

LADESSA, L.E.C.L.; SILVA, S. C.; DE OLIVEIRA, P. C. Reflexões sobre o trabalho do psicólogo no processo de doação de órgãos. **Blucher Medical Proceedings**. v. 1, n. 6, p. 22-25, 2014.

LIMA, A. A. F.; SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L.L. Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. **Rev Enfermería Global**. v.15, p. 1-17. 2009. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_clinica1.pdf>. Acesso em: 14 de jul. 2017.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplante no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out. 2006. A Situação dos Transplantes de Órgãos no Brasil. Texto para Discussão nº 1389. 2009. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

MORAES, E. L., et al. Estudo bibliométrico sobre a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de 1990-2004. **J Bras Transpl.** v. 9, n. 4, p. 625-9. out.dez. 2006.

MORAES, E.L. et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 22, n.2, p. 226-33. mar.abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00226.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

MORAES, E.L. A questão familiar no processo de doação de órgãos e tecidos. **Rev. Nursing.** v.12, n. 135., p. 354-6. 2009.

MORAES, E.L; MASSAROLLO, M. C. K. B. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 16, n. 3, mai-jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 22 de ago. 2017.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. Análise Textual Discursiva. **Rev. Ijuí:** Ed Unijuí. 2 ed.; 2011.

ONU. Organización Mundial de la Salud. Trasplante de órganos y tejidos humanos. Consejo Ejecutivo EB123/5. 123ª reunión 18 de abril de 2008. Punto 5 del orden del día provisional. Informe de la Secretaría. 2008. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17194s/s17194s.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Polit, D.F. and Beck, C.T., Eds., Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem, Artmed, Pgs. 247-368. Porto Alegre, 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Metodologia de pesquisa. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SILVA, H. Tráfico de órgãos no Brasil: uma análise da Lei 9.434/97 a partir do princípio da dignidade da pessoa humana. COMPED, 2014. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=0064f599ed0adb58>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

SIMINOFF, L.A., GORDON, N., ARNOLD, R.M., Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. JAMA. 2001; 286(1): 71-7. IN: **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 16, n.3, mai-jun, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 20 de jul. 2017.

VARELLA, D. Transplante o Dom da Vida. **Redação do Fantástico**, 2009. Disponível em: <<http://especiais.fantastico.globo.com/transplante/tag/orgaos/>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

VARGAS, M. A. O. *et al.* Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: vivências em um hospital de pronto-socorro em trauma. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v. 26, p. 190-200, 2007.

VILAÇA, M.V., Relator. Relatório de avaliação de programa. Programa doação, captação e transplante de órgãos e tecidos. Brasília (DF): Tribunal de Contas da União, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2006. 134 p.: il. Acórdão nº 562/2006 – TCU – Plenário, 2006.

WESTPHAL, *et al.* Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev. bras. ter. intensiva**. v.28, n.3, jul.set. 2016.

WIJICKS, E.F. *et al.*, Artigo Especial: Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults. **Rev Neurology**, v.74, 2010. [Traduzido]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20530327>>. Acesso em: 28 de ago. 2017.

YOUNG, G.B. *et al.*, Brief review: the role of ancillary tests in the neurological determination of death. **Can J Anaesth**. v. 53, n. 6, p. 620-7. 2006.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA PESQUISA QUANTITATIVA

Data do Protocolo de Morte Encefálica:

- **Potencial Doador**

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Procedência:

Causa do Óbito:

Exame Complementar Realizado:

Doação de Órgãos () Sim () Não

Se sim, quais os órgãos captados:

Se não, qual o motivo da recusa familiar:

- **Familiar Entrevistado**

Nome:

Sexo:

Graus de parentesco:

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIA DE ENTREVISTA GRAVADA

Nome:

1. O que significa para você participar (ter participado) da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)-OPO (Organização de Procura de Órgãos)?
2. Qual (ais) eram a (as) suas atribuições durante o Protocolo de Morte Encefálica?
3. Como você costuma abordar os familiares durante a realização do Protocolo de Morte Encefálica?
4. Qual (ais) a (as) facilidades que você enfrenta durante o Protocolo de Morte Encefálica e no processo de abordagem familiar?
5. Qual (ais) a (as) dificuldades enfrentadas durante o Protocolo de Morte Encefálica e no processo de abordagem familiar?
6. Como você se sente diante da recusa familiar para a doação de órgãos? E Como você costuma se manifestar aos familiares diante da sua recusa de doação de órgãos?
7. O que você evidencia como necessário e que estratégias poderiam ser utilizadas pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e OPO (Organização de Procura de Órgãos) a fim de reduzir o índice de negativa familiar para a doação de órgãos?

APÊNDICE C

ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Solicitação de Análise de Projeto

A

Ilm^a. Sr^a.

Prof^a.Dr^a. Priscila Aikawa

Coordenadora do CEPas da ACSCRG

Senhora Coordenadora,

Comprimntando-a, cordialmente, encaminhamos para apreciação neste Comitê o Projeto de Pesquisa intitulado “Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes”. Em anexo segue os documentos exigidos no processo de análise.

Atenciosamente,

Rio Grande, __ de Agosto de 2017.

Cíntia Marchesan Passos
Mestranda em Enfermagem

APÊNDICE D

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS (OPO-5)

À Coordenadora da OPO 5

Prezados Senhores: Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado “Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes”. Proposto pelos pesquisadores: Rosemary Silva da Silveira e Cíntia Marchesan Passos. O referido projeto será realizado através da análise documental dos Prontuários de pacientes em Protocolo de Morte Encefálica e posteriormente entrevista semi-estruturada com os Membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) da Instituição.

Respeitosamente,

Cíntia Marchesan Passos
Mestranda em Enfermagem

Rosemary Silva da Silveira
Orientadora

Ciente.

De acordo.

Data: / /

Coordenadora OPO-5

APÊNDICE E

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS

Protocolo:

Os autores do projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados coletados tanto nos prontuários referentes a pacientes atendidos na Instituição, quanto das informações dos membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes. Irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Rio Grande, ____ de agosto de 2017.

Pesquisadores envolvidos

Nome Completo	Assinatura
Cíntia Marchesan Passos	
Rosemary Silva da Silveira	

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Eu _____ informo que fui esclarecido (a) de forma detalhada a respeito da natureza do projeto de pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção e aceito participar do projeto de pesquisa intitulado “Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes”, de autoria da mestrandia Cíntia Marchesan Passos, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Rosemary Silva da Silveira. Este estudo tem como objetivo geral: Conhecer o processo de notificação, captação, doação de órgãos e a abordagem familiar para transplantes desenvolvido por uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de uma Instituição Hospitalar do extremo Sul do Brasil. Declaro que fui igualmente esclarecido (a): da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da garantia de que não haverá riscos físicos; porém se algum participante sentir-se desconfortável com as questões que envolve a pesquisa, serão encaminhados ao Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Corrêa Riet Jr.; da liberdade de participar ou retirar meu consentimento, sem penalidade alguma; de permitir o uso de gravador digital, com a garantia do sigilo e anonimato assegurando-me a privacidade individual e coletiva, quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo, assegurando a privacidade e a utilização dos dados exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa; da garantia do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-me as condições de acompanhamento; da garantia de obter esclarecimento de quaisquer dúvidas durante a realização do estudo, do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo e, tão logo se finde; da garantia de que serão mantidos os preceitos Éticos e Legais em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____.

Cíntia Marchesan Passos
Mestranda em Enfermagem
Telefone: (53) 981172577

Rosemary Silva da Silveira
Pesquisadora Responsável
Telefone: (53) 3233 0303

Contato com pesquisador responsável pelo trabalho: (53) 3233 8855 Ramal: 303 ou pelo e-mail: anacarol@mikrus.com.br

Contato com Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS): (53) 3233 0235 ou pelo e-mail: cepas@furg.br

ANEXO 1



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 162/2017

CEPAS 70/2017

Processo: 23116.007178/2017-36
CAAE: 74782117.0.0000.5324

Título da Pesquisa: Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes: abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes

Pesquisador Responsável: Rosemary Silva da Silveira

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 155/2017, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes: abordagem familiar no processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/03/2018.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 16 de outubro de 2017.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO 2



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Protocolo: Nº. 009/2017

Título do Projeto: “Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes: abordagem familiar no processo de notificação, capacitação e doação de órgãos para transplantes.”.

Objetivo Geral:

- Conhecer o processo de notificação, captação e doação de órgãos para transplantes desenvolvido por uma Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e Tecidos para transplantes (CIHDOTT) de uma Instituição Hospitalar do extremo Sul do Brasil.

Objetivos Específicos:

- Identificar o perfil do potencial doador de uma Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e Tecidos para transplantes (CIHDOTT) de uma Instituição Hospitalar do extremo Sul do Brasil;
- Compreender como se dá a abordagem familiar e o processo de notificação captação e doação de órgãos para transplantes.

Pesquisador (a) responsável: Cíntia Marchessan Passos

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 09 de novembro de 2017.

Prof^a. Dr^a. Priscila Aikawa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG