

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**GRAZIELA KNEBEL**

**O Enfermeiro no Processo de Captação de Doadores de Órgãos**

**Porto Alegre  
2006**

**GRAZIELA KNEBEL**

**O Enfermeiro no Processo de Captação de Doadores de Órgãos**

Trabalho apresentado à Disciplina de Estágio Curricular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeira.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Elisabeth Gomes da Rocha Thomé

**Porto Alegre  
2006**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à professora Elisabeth Gomes da Rocha Thomé pela dedicação e orientação que foram importantes para realização deste trabalho. Agradeço também à assistente social Nádia Perin coordenadora da Comissão Intra-Hospitalar de Transplante do Hospital Nossa Senhora da Conceição pela ajuda prestada para o desenvolvimento desta pesquisa.

Foram fundamentais as participações dos enfermeiros na pesquisa, os quais sempre se demonstraram receptivos, compreensivos e colaborativos para a realização das entrevistas.

## RESUMO

A doação de órgãos para transplante é uma temática controversa e polêmica. No Brasil existe uma política nacional de transplantes e doação de órgãos, onde uma das atuações é a captação de doador de órgão. Existem, em alguns hospitais, programas específicos compostos por equipes multidisciplinares que atuam nesta atividade. O objetivo deste estudo é compreender como os enfermeiros convivem com o processo de captação de doador de órgão cadáver. Optou-se por usar a abordagem qualitativa, utilizando a vertente fenomenológica. Os resultados mostraram a experiência dos enfermeiros no que se refere aos sentimentos vivenciados e a organização do trabalho de captar órgãos. Surgiram sentimentos de gratificação na conquista do órgão que beneficiará outra pessoa, mas também de angústias em relação a indecisão da família. A atuação do profissional na comissão e o suporte da instituição foram revelados como aspectos importantes na organização do trabalho de captação de órgãos. Este estudo mostrou o papel de destaque que o enfermeiro ocupa neste programa e a conscientização deste profissional de cada vez mais buscar o envolvimento da instituição e da população nestes programas.

Palavras chaves: transplante, procura de órgãos e enfermagem.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>10</b>
3.1 Doação de órgãos	10
3.2 Sistema de transplante e doação de órgãos no Brasil	14
3.3 Lista de espera	16
3.4 Legislação	17
3.5 Dados epidemiológicos	18
3.6 Captação de órgãos	19
3.7 Morte encefálica	21
3.7.1 Exame neurológico clínico	22
3.7.2 Exames complementares	24
3.8 Doação de córneas	26
3.8.1 Indicações para ceratoplastia	27
3.8.2 Conservação e qualidade das córneas	28
3.8.3 Contra-indicações a doação de córneas	29
3.8.4 Prognóstico pós-transplante	30
3.9 Ética no transplante	31
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>33</b>
4.1 Tipo de estudo	33
4.2 Campo de estudo	35
4.3 Participantes do estudo	36
4.4 Coleta de dados	36
4.5 Entrevistas	37
4.5 Análise dos dados	37

<b>4.6 Aspectos éticos</b>	<b>39</b>
<b>5 ESTRUTURA DE EXPERIENCIA</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Reconhecimento do campo</b>	<b>40</b>
<b>5.2 Caracterização da amostra</b>	<b>42</b>
<b>5.3 Unidades de sentido</b>	<b>42</b>
5.3.1 Sentimentos dos enfermeiros	43
5.3.1.1 Gratificação na abordagem da família	43
5.3.1.2 Angústias na abordagem da família	44
5.3.2 Organização do trabalho de captação de órgãos	47
5.3.2.1 O profissional com participante da comissão	48
5.3.2.2 A instituição como suporte para captação de órgãos	50
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE A – Entrevista</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO 01 - Notificação de priorização de receptor</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 02- Parecer de aprovação da pesquisa</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 03 – Protocolo de condutas frente a doação de órgãos</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO 04 – Protocolo de manutenção de doador cadáver</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO 05 – Termo de declaração de morte encefálica</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 06 – Ficha de cadastro do paciente</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO 07 – Ato de doação</b>	<b>68</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A doação de órgãos para transplante é uma temática controversa e polêmica. Consiste na retirada de uma ou mais partes do corpo, após a morte encefálica, para transplante em outras pessoas como no caso de transplantes de rim, coração, pulmão, fígado e pâncreas e, após a morte por parada cardíaca, em transplante de córneas, osso e pele. É importante ressaltar que existem diversos fatores que interferem neste processo como o aspecto ético, legal, emocional e cultural que, em consequência, interferem nos dados estatísticos.

Atualmente a medicina não dispõe de métodos de cura a algumas patologias, sendo o transplante de órgãos o único meio para muitos pacientes terem uma sobrevida. A tecnologia médica evoluiu muito nessa área, no momento é possível realizar transplantes de órgãos como coração, fígado, rim, pâncreas, pulmão e de tecidos como medula óssea, córneas, pele e osso. Contudo o grande número de pessoas na lista de espera pela doação de órgãos ainda é grande e preocupante. Tal fato relaciona-se ao caráter polêmico da doação de órgãos, envolvendo a sociedade e profissionais de diversas áreas na discussão.

Segundo Flores *et al* (2003), na década de 50, no início dos transplantes, a discussão envolvia a mutilação que os doadores vivos sofriam. A partir da prática de doação de órgãos de cadáveres, na década de 60, surgiram questionamentos sobre a definição de morte. Nos anos 80 a preocupação era em torno da

distribuição eqüitativa de órgãos e da organização necessária para um funcionamento adequado desta prática.

A questão de incentivos financeiros às famílias doadoras surgiu como alternativa, hoje, para o baixo número de doação de órgãos, o que aumentou ainda mais a discussão a cerca do tema. Segundo Awaya (1999), Joralemon e Cox (2003) e Delmonico *et al* (2002), os defensores dos incentivos financeiros à doação de órgãos questionam a existência de outras formas de uso do corpo humano, que envolvem rendimentos, e não são contestadas e até mesmo aceitas. Outro argumento usado é que o incentivo financeiro dado às famílias seria de pequena quantia, servindo apenas para pagamento dos encargos funerários. Opositores a essa proposta acreditam que tal conduta tornaria o corpo humano um produto de comercialização, sendo banalizado.

No Brasil existe uma política nacional de transplantes e doação de órgãos, onde uma das atuações é a captação de doadores de órgãos cadáveres. A captação do doador representa uma tarefa delicada, pois é necessário o consentimento da família que vive um momento de assimilação da morte e de sofrimento. Existem, em alguns hospitais, programas específicos compostos por equipe multidisciplinar que atuam nesta atividade. Estas equipes buscam beneficiar os pacientes que precisam do órgão e tornar o processo de doação menos doloroso às famílias doadoras. Dentro desta equipe o enfermeiro parece ter um papel significativo considerando a expressiva participação dos mesmos.

A doação de órgãos é uma questão conflituosa e estas questões me interessam muito e foram minhas preocupações durante a trajetória acadêmica. Ao refletir sobre a situação de captação de órgãos questiono-me como seria meu



posicionamento perante a família, quais os sentimentos vivenciados e como interferir de forma positiva no processo. O comprometimento com a conduta adequada e baseada nos princípios éticos que desenvolvi no curso de enfermagem, sempre esteve presente e norteou meus questionamentos. Dentro deste contexto busco compreender uma situação conflituosa que interfere diretamente nos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, que corresponde ao processo de captação de doador de órgão cadáver, buscando conhecer as vivências dos enfermeiros nessa atuação. Considero uma temática importante à enfermagem, visto que representa uma área de atuação para a classe com perspectivas de crescimento no futuro e com muitos aspectos a serem trabalhados ainda.

## **2. OBJETIVOS**

O objetivo do presente estudo é compreender como os enfermeiros convivem com o processo de captação de doador de órgão cadáver.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Doação de órgãos**

A prática de doação de órgãos apresenta-se como meio para a realização de transplantes sendo que para alguns órgãos é necessária a existência de doador cadáver. Há diferenças entre países a cerca da legislação, acreditação e organização do sistema de doação/transplante. No Brasil esta prática é baseada nas leis aprovadas pela constituição federal e coordenada pelo Sistema Nacional de Transplantes.

A ato de doar órgãos envolve muitos aspectos e é influenciado por diversos fatores que freqüentemente estão inter-relacionados. Ocorre em um momento de sofrimento para a família exigindo desta o posicionamento perante o assunto, evidenciando as carências existentes e a dificuldade de atuar em um campo subjetivo. Na literatura há diversos estudos sobre os fatores que influenciam na doação de órgãos, entre eles são comuns as crenças religiosas, cultura, conhecimento sobre doação, altruísmo, aspectos sócio-econômicos e o conhecimento sobre normas e leis.

Não há objeção direta e formal das religiões quanto à doação de órgãos, contudo percebe-se posicionamentos diferentes das pessoas nos diversos

segmentos religiosos. Radecki e Jaccard (1997) e Lam e McCullough (2000) encontraram em seus estudos que o cristianismo entende a doação como um ato de caridade e de amor ao próximo e os hindus como um auto-sacrifício em favor da vida de outro. Pessoas adeptas de crenças como o confucionismo, e em menor frequência budismo e daoísmo, mostram-se mais contrárias a doação de órgãos. A explicação parece estar vinculada ao conceito e valor que o corpo possui, pois muitos de seus pressupostos religiosos associam-se à estrutura do corpo físico. Há um aspecto de santidade e respeito muito grande ao corpo que em uma situação de doação de órgãos poderia surgir conflito direto com tais pressupostos. O atraso nos procedimentos funerários e a crença na inexistência do órgão doado em vida posterior foram encontradas em alguns religiosos como empecilho para a doação.

A diferença cultural interfere na decisão dos grupos étnicos de forma diferente. A maior recusa em doar órgãos ocorre entre os afro-americanos, asiáticos e hispânicos. A recusa em doar órgãos por parte da população afro-americana está vinculada ao escasso conhecimento sobre doação de órgãos, questões religiosas, desconfiança nas instituições de saúde e a opinião de que os órgãos devam ser doados para afro-americanos preferencialmente. Pessoas de origem asiática são reconhecidamente as mais desfavoráveis a doação de órgãos. Tal fato associa-se principalmente com aspectos característicos da crença dominante, como os mistérios e superstições envolvidos com a morte e o corpo. Os hispânicos têm como principal argumento para o receio em doar órgãos a desconfiança e o medo em relação aos métodos obscuros em que a doação possa ocorrer. Contudo também se identificam como aspectos influenciadores as

questões religiosas, o pouco conhecimento em relação a prática de transplantes e a preocupação com o aspecto do corpo após a retirada de órgãos. (RADECKI; JACCARD, 1997).

O conhecimento sobre a doação de órgãos e a legislação existente interfere diretamente na atitude de doar órgãos. Há muitas dúvidas da população em relação ao conceito de morte, retirada dos órgãos e conduta dos profissionais de saúde. Muitos temem que uma pessoa possa ter o diagnóstico de morte encefálica antecipado para retirada dos órgãos ou ainda que haja a possibilidade de reversão deste quadro. Outra preocupação, principalmente da família, é em relação ao corpo do doador. Há a crença de que o corpo ficará desfigurado depois de retirado os órgãos. (RADECKI; JACCARD, 1997).

Silke e Marty (2004) identificaram, em estudo realizado com familiares de pacientes internados em um hospital, como fatores influentes na decisão de doar o conhecimento sobre a doação de órgãos, reconhecido como um problema de saúde, ter conhecido um doador de órgãos cadáver, ter um familiar necessitando de cuidados de saúde, expressão da decisão aos familiares e o alto nível de escolaridade dos participantes. No grupo dos não doadores ou indecisos surgiram como fatores influentes a incompreensão do conceito de morte encefálica, a vontade de doar apenas para familiares ou pessoas da mesma raça e a desconfiança em relação a instituição de saúde.

O aspecto do altruísmo parece ser o fator mais influente nas estatísticas sobre doação de órgãos, inclui a idéia de amor ao próximo e de continuação da vida. Bendassoli (2001), demonstrou em uma série de três estudos que num grupo

de doadores a ajuda a outras pessoas e a continuidade da vida do receptor eram fatores determinantes na decisão.

A opinião da família também é um aspecto influente, pois segundo a legislação brasileira, semelhante em outros países, é exigido o consentimento da família do paciente para a retirada dos órgãos. Muitos são os fatores que podem interferir nesta situação. Estudo realizado com famílias doadoras e não-doadoras identificou os argumentos para a posição favorável ou não à doação, bem como os aspectos que poderiam influenciar na mudança de posicionamento caso ocorresse outra situação. Surgiram como fatores que predispõem a família a permitir a doação o conhecimento prévio da vontade do familiar em doar seus órgãos, nível alto de escolaridade e a raça, visto que a doação é maior entre as famílias de cor branca (BURROUGHS, 1998). Resultados semelhantes foram encontrados por Barcellos (2005), contudo em seu estudo também encontrou que o desconhecimento sobre o termo e critérios de morte encefálica influenciavam na decisão de doar órgãos, ocorrendo uma diminuição de até 20% na doação ao ser usado o termo morte encefálica ao invés de apenas morte.

A satisfação da família com sua decisão mostra-se vinculada principalmente à forma como se desenvolve o processo de captação de órgãos. Há uma maior satisfação quando a captação ocorre em instituição de saúde local que é reconhecida pela família e com profissionais já conhecidos. Pessoas com marcada orientação religiosa mostram-se mais insatisfeitas com suas decisões e posicionam-se contrárias novamente se houvesse outra oportunidade. (BURROUGHS, 1998). Sadala (2001), sintetizou a experiência das famílias doadoras como um processo de compreensão, reflexão e sentimentos, onde

aparecem as dificuldades em aceitar e compreender a morte, o relacionamento com o doador, a indecisão em doar e a falta de apoio da equipe institucional para com a família.

### **3.2 Sistema de transplante e doação de órgãos no Brasil**

A prática de transplante e doação de órgãos no Brasil articula-se à rede de comunicação nacional de centrais de transplantes supervisionadas pelo Ministério da Saúde através do Serviço Nacional de Transplantes (SNT). Este serviço está presente através das Centrais Estaduais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) criadas a partir da lei nº 9434 de 1997 e tem como prioridade evidenciar com transparência todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente à confiabilidade do sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro.

AS CNCDO são responsáveis pelo cadastro dos pacientes em lista de espera, análise de compatibilidade em caso de doação e seleção do receptor. Estão em constante comunicação com as Comissões Intra-Hospitalares de Captação de Órgãos e a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO). (BRASIL, 2006).

A Central Nacional de Notificação, Distribuição e Captação de Órgãos (CNNDCO) foi criada considerando-se a necessidade de aprimorar o funcionamento e gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes, de

aperfeiçoar o processo de gerenciamento e controle das listas de receptores, estaduais, regionais e nacional, de garantir a equidade e transparência na distribuição de órgãos e tecidos e de estabelecer mecanismos e critérios que permitam uma adequada captação de órgãos e sua conseqüente distribuição, especialmente quando esta última se der entre estados. (BRASIL, 2006).

As Comissões Intra-Hospitalares têm como objetivo participar do aprimoramento das CNCDO, promover uma melhor organização do processo de captação de órgãos, identificação de potenciais doadores e melhor abordagem da família. São compostas por equipes multidisciplinares compreendendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Segundo a Portaria GM/MS nº 905 de 16 de agosto de 2000 a existência das Comissões Intra-Hospitalares são exigências para que os hospitais realizem transplantes, tenham Serviços de Tratamento Intensivo e para o cadastro no Sistema de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências (BRASIL, 2006).

A legislação vigente discorre também sobre casos em que há algumas especificidades sobre o funcionamento, como é o caso para córneas, sangue e medula óssea. No caso de transplante-doação de córneas a lei possibilita a existência de instituição capacitada e específica envolvida unicamente com o transplante-doação deste órgão, são os chamados bancos de olhos.(ANVISA, 2006).

Os bancos de olhos devem funcionar ligados a uma instituição hospitalar que realize captação, retirada ou transplante de órgãos e deve possuir estrutura física e de recursos humanos para armazenar e processar córneas. São coordenados pela CNCDO estadual e estão em constante articulação com esta.



Entre suas funções estão: educação e divulgação à população sobre doação de córneas, captação de córneas na área abrangida pela respectiva CNCDO, recebimento, armazenamento, avaliação e processamento de córneas captadas por outras equipes. Todas as córneas captadas pelo banco de olhos são disponibilizadas a CNCDO e seguem os critérios desta para o transplante.(ANVISA, 2006).

### 3.3 Lista de espera

A Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO) é responsável pelos critérios de distribuição dos órgãos e estabelece uma organização regional para este fim. Existem quatro regiões como segue na tabela 01.

**Quadro 01: Distribuição de órgãos por regiões.**

Região I	Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.
Região II	Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo.
Região III	São Paulo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Distrito Federal, Tocantins, Amazonas, Pará, Acre, Roraima, Rondônia, Amapá.
Região IV	Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão e Piauí.

Extraído de Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

No momento em que há a captação de algum órgão pela CNCDO procura-se identificar um receptor contido na lista de espera estadual. Caso não ocorra aproveitamento de um ou mais órgãos com estes inscritos procura-se um receptor na lista regional. Persistindo a indefinição a central nacional deve ser notificada obrigatoriamente e informará a qual central de transplante o órgão deve ser enviado. A CNNCDO obedece a um escala de prioridades para distribuir o(s) órgão(s) em caso de indefinição. Primeiramente busca-se identificar pacientes com prioridades para transplante, (anexo 01), pertencentes ao local onde ocorreu a captação. Mantendo-se a indefinição direciona-se a busca para pacientes de outras regiões, contudo avaliam-se também outros aspectos como: a possibilidade de efetivação do transporte, a distância receptor x doador e o tempo de isquemia fria a que o órgão captado possa ser submetido. (ANVISA, 2006).

### **3.4 Legislação**

A prática de transplante e doação de órgãos está vinculada as leis aprovadas na Constituição Federal do Brasil. A legislação aborda aspectos referentes à remoção dos órgãos e tecidos para doação, aspectos éticos e legais, controle, gerenciamento, informação e financiamento da atividade. A lei nº 9434 de fevereiro de 1997 institui critérios a cerca da remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Contudo na época de sua criação e aprovação houve polêmica e até certo desespero na sociedade

brasileira, em especial devido ao conteúdo do cap. II, art 4º o qual instituiu o critério de doação presumida. Segundo esta lei seria considerado doador de órgãos, estando autorizada a retirada de órgãos *post mortem*, todo e qualquer indivíduo, exceto se houvesse manifestação contrária expressa na carteira de identidade ou carteira nacional de habilitação. Devido ao conteúdo polêmico da lei e a repercussão negativa na sociedade foi criada a lei 10.211 de 23 de março de 2001 que altera dispositivos da Lei nº 9.434 no que concerne a questão da permissão da doação dos órgãos e que está vigente até o momento. É consentido a retirada dos órgãos após permissão de cônjuge ou parente consangüíneo, obedecido a linha sucessória, e depois de firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (BRASIL, 2006).

### **3.5 Dados epidemiológicos**

Segundo dados do Ministério da Saúde (2006) o número de transplantes tem apresentado elevado aumento desde 2002. No ano de 2004 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram realizados 11.074 transplantes em todo o país, com doadores vivos e cadáveres, correspondendo a um aumento de 29,6% em relação a 2003. Houve aumento de 25% no número de órgãos sólidos implantados e de 31% em córneas.

Analisando-se o número de transplantes realizados em relação ao de notificações de morte encefálica percebe-se que o número de transplantes ainda é

reduzido. No ano de 2004 foram realizadas 5.050 notificações de pacientes em morte encefálica e apenas 1.417 tornaram-se doadores efetivos. Existem atualmente no país 310 pessoas esperando pela doação de coração, 24.549 por córneas, 7.005 por fígado, 108 por pulmão, 31.531 por rim, 358 por rim e pâncreas e 114 por pâncreas, correspondendo a um total de 63.975 mil pessoas na lista de espera. (BRASIL, 2006).

### **3.6 Captação de órgãos**

Dados do Ministério da Saúde demonstram a recusa familiar em doar os órgãos como a segunda causa para a não realização de transplantes seguida apenas da contra-indicação médica o que coloca a atividade de captar órgãos em uma posição estratégica.(BRASIL, 2006).

A captação de órgãos consiste basicamente em três etapas: busca de um potencial doador, abordagem da família e acionamento do sistema para remoção dos órgãos. Esta atividade é realizada pelos membros das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes como exigência da lei nº 9434. Na busca por um potencial doador de órgãos a notificação de pacientes com morte encefálica é essencial, visto que nessa situação há a possibilidade de retirada de múltiplos órgãos. Fato diferente ocorre na doação de córneas, quando a remoção pode ser realizada após a parada cardiorespiratória não sendo necessário o diagnóstico de morte encefálica. Após o consentimento familiar para a doação de órgão(s), de

acordo com critérios da legislação vigente, é necessário contato com a central estadual de transplante para notificação do doador, identificação do receptor e retirada dos órgãos.(BRASIL, 2006).

A notificação de morte encefálica tem se mostrado um problema que pode estar influenciando no baixo índice de doação de órgãos. O diagnóstico de morte encefálica é necessário e exigido por lei para que possa ser realizada a captação de múltiplos órgãos. Contudo alguns trabalhos têm demonstrado que em alguns locais há uma subnotificação de morte encefálica. Dentre os fatores para esse problema estão desconhecimento do conceito de morte encefálica, falta de credibilidade dos benefícios da doação e transplante e dificuldades logística para manter um potencial doador e para diagnosticar a morte encefálica. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2003).

Estudo realizado no estado do Maranhão relacionou a existência de potenciais doadores e a disponibilidade de órgãos na capital daquele estado. Os resultados foram surpreendentes, pois segundo análise de autópsias realizadas em cadáveres no Instituto Médico Legal haveria 108 potenciais doadores de órgãos no ano de 2003, dentre os quais 84 de múltiplos órgãos, no entanto ocorreram apenas oito notificações de potenciais doadores à CNCDO das quais nenhuma resultou em captação efetiva devido a recusa familiar. Analisando esses dados com a necessidade de órgãos doados por milhão de pessoas ao ano, e considerando a taxa segundo estudos anteriores de que 15 a 67% dos doadores são efetivados, poder-se-ia atender a demanda de transplante existente naquela localidade caso o diagnóstico de morte encefálica tivesse sido realizado no hospital. (SANTOS, A L.G. A; SILVA, A. A M; SANTOS, R.F., 2006).

A abordagem da família é um fator relevante da captação de órgãos podendo influenciar na decisão da família. O sucesso na entrevista está vinculado a predisposição da família, qualidade do atendimento hospitalar recebido e habilidade e conhecimento do entrevistador. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2003).

### **3.7 Morte encefálica**

Segundo Flores *et al* (2003) e Morioka (2001) houve avanços na prática de transplantes e na captação e manutenção de potenciais doadores de órgãos com diagnóstico de morte encefálica. Contudo surgiram, também, questionamentos pela sociedade a cerca do diagnóstico de morte e da possibilidade de antecipação da declaração e beneficiamento a outros indivíduos.

Há três definições de morte: a cardiopulmonar, encefálica e o estado vegetativo persistente, cada uma com critérios específicos. A morte encefálica permanece como situação aceita para o diagnóstico de morte e o processo de doação de órgãos. O diagnóstico de morte cardiopulmonar baseia-se na ausência de fluxo sanguíneo comprovados através da parada irreversível da função cardíaca e pulmonar. Contudo uma crítica a essa versão é que uma situação de morte clínica não é sinônima de morte biológica, isto é, pode-se reverter um quadro de parada cardiorespiratória antes que ocorra lesão a nível celular de forma irreversível. O estado vegetativo persistente caracteriza-se pela perda

irreversível das funções do córtex cerebral, mantendo-se apenas as funções vegetativas. Atualmente há grande discussão envolvendo este conceito de morte apresentando grandes dificuldades em ser aceito. (FLORES *et al*, 2003)

A morte encefálica é definida como a abolição irreversível da função do cérebro, incluindo o tronco cerebral. A exploração neurológica clínica permanece como elemento básico para a determinação da morte encefálica, sendo utilizada pela maioria dos países como meio para o diagnóstico. Exames laboratoriais e de imagem servem como provas comprobatórias da morte encefálica, sendo em alguns países exigidos por lei. (FLORES *et al*, 2003)

### 3.7.1. Exame clínico neurológico

O exame clínico neurológico é o primeiro passo na elaboração do diagnóstico de morte encefálica. Deve ser realizado por profissional experiente e de forma sistemática, completa e rigorosa. Antes de iniciar-se o exame clínico é necessário identificar a etiologia do coma e seu caráter irreversível e atentar para alguns pré-requisitos que possam interferir na avaliação. Algumas situações podem remeter o paciente para o coma e caracterizar quadro semelhante ao de morte encefálica sendo, contudo, reversível. Entre as causas mais comuns estão a hipotermia, alterações metabólicas, como distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos, ou endócrinas, como hipoglicemia, hipotireoidismo e encefalopatia hepática. O coma também pode ocorrer devido a intoxicações por fármacos

depressores do sistema nervoso central como barbitúricos, benzodiazepínicos e opióides. São necessários também a garantia da estabilidade cardiocirculatória e adequada oxigenação e ventilação do paciente. (ESCUDERO; OTERO, 2001).

Segundo Molina *et al* (2003) e Morenski *et al* (2003), o diagnóstico clínico de morte encefálica baseia-se em três pilares: presença do coma arreativo, ausência de reflexos tronco-encefálicos e de resposta à atropina e a apnéia. O coma arreativo caracteriza-se pela ausência de qualquer resposta motora ou vegetativa a estímulos de dor. São aplicados estímulos no território dos nervos cranianos, geralmente o trigêmio, através de pressão nos arcos supraorbitais, região temporomandibular e lábio superior.

Os reflexos tronco-encefálicos analisados incluem o fotomotor, corneal, oculocefálico, oculovestibular, nauseoso e o tusígeno. (TABELA 02). Outro teste possível é o da ausência de resposta cardíaca a atropina, que consiste na administração de 0,04 mg/Kg de sulfato de atropina por via endovenosa. O resultado em uma situação normal seria o aumento da frequência cardíaca, contudo na morte encefálica esta não supera os 10% da frequência de base.

**Quadro 02: teste dos reflexos tronco-encefálicos**

Fotomotor	Pupilas apresentam-se simétricas e fixas (excluir uso de agente midriático como a atropina)
Corneal	Ausência de movimento ocular ao tocar a córnea (excluir edema corneal ou uso de relaxante muscular)
Oculocefálico	Permanência dos olhos fixos ao movimento de rotação, extensão e flexão da cabeça.
Oculovestibular	Olhos fixos após estímulo da membrana timpânica com injeção de água (certificar-se da permeabilidade e integridade do canal auditivo externo e da ingesta de sedativos)
Nauseoso	Ausência de resposta ao estímulo intenso da faringe



Tusígeno	Explorado através da manipulação de cateter orotraqueal ou aspiração bronquial.
----------	---

Extraído de Molina *et al*, 2003, p. 772-73.

A apnéia consiste na falta de respiração espontânea em caso de hipóxia significativa. Anteriormente ao teste é importante que o paciente esteja com temperatura superior a 36,5 °C, pressão arterial sistólica superior a 90 mmHg e euvolêmico no intuito de evitar alterações hemodinâmicas . O teste consiste na desconexão do respirador artificial e na administração de oxigênio a 100 % com fluxo de 6 l/min por cânula no tubo endotraqueal. Durante este procedimento identifica-se a presença de movimentos respiratórios através da inspeção e palpação do tórax e abdome. Na presença de hipotensão ou arritmia o paciente é reconectado ao respirador. Será considerado resultado positivo quando após 6 a 10 minutos a pressão de dióxido de carbono elevar-se a mais de 20 mmhg e não houver movimentos respiratórios. (MOLINA *et al*, 2003)

### 3.7.2. Exames complementares

Alguns exames podem auxiliar no diagnóstico de morte encefálica quando há dúvidas a cerca do caso ou quando se tratar de crianças menores de um ano. Atualmente são usados exames que avaliam a função neuronal e a evolução do fluxo sanguíneo cerebral, como por exemplo: eletroencefalograma, potenciais

evocados, doppler transcranial, angiografias e angiogramografias. (MOLINA *et al*, 2003)

O eletroencefalograma (EEG) estuda a atividade bioelétrica do córtex cerebral. É um método diagnóstico prático, não invasivo e pode ser realizado a beira do leito, contudo não analisa o tronco cerebral e pode ter um resultado controverso em casos onde o paciente recebeu altas doses de depressores do sistema nervoso central. O exame de potenciais evocados (PE) baseia-se no princípio de captar qualquer resposta do sistema nervoso central a um estímulo externo via processamento computadorizado. São aplicados estímulos elétricos repetitivos em vias sensitivas e captados os potenciais evocados, na morte encefálica utilizam-se os PE no nervo mediano. Assim como o EEG é um método prático e pode ter seu resultado alterado por intoxicação com fármacos depressores do sistema nervoso central. (ESCUDERO; OTERO, 2001).

O doppler transcranial identifica a existência de circulação cerebral, possui um sistema emissor-receptor que consegue ultrapassar a barreira óssea em zonas específicas chamadas de ventanas, onde o osso apresenta-se mais delgado. São três ventanas analisadas: temporal, orbitária e occipital; onde cada uma permite captar o fluxo de determinadas artérias. A morte encefálica é aceita quando há ausência de fluxo cerebral captado. Consiste em um método prático e de alta sensibilidade. (MORENSKI *et al*, 2003).

A angiogramografia cerebral utiliza radiofármacos que permitem a visualização do fluxo sanguíneo no córtex e tronco cerebral. Considera-se morte encefálica quando houver ausência de perfusão através das artérias carótidas internas e de captação do radiofármaco nos hemisférios cerebrais. É uma técnica

considerada com 100% de sensibilidade e especificidade por muitos profissionais, não possui interferência de fármacos depressores do SNC e é pouco invasiva. (ESCUDEIRO; OTERO, 2001).

### **3.8 Doação de córneas**

O transplante de córneas, segundo Pereira (2000), apresentou seus primeiros resultados positivos a partir da primeira metade do século XX com o transplante homólogo de córnea cadáver. Inicialmente havia-se tentado a implantação de córnea artificial ou animal, contudo sem sucesso. As doenças da córnea são responsáveis por grande número de cegueiras, sendo o transplante de córnea a forma para impedir a cegueira ou recuperar a visão.

O bulbo ocular é composto de três camadas: externa, média e interna. A córnea situa-se na camada externa correspondendo a um quinto anterior e a esclera a quatro quintos posteriores. Do ponto de vista histológico a córnea possui cinco camadas: epitélio, membrana de Bowman, estroma, membrana de Descemet e endotélio. Juntamente com o cristalino a córnea corresponde aos componentes ópticos do olho atuando na focalização da imagem dos objetos e sendo necessário para tal uma transparência total destas estruturas. Normalmente a córnea é desprovida de vasos sanguíneos, o que lhe confere transparência, sendo suprida por vasos sanguíneos e linfáticos do limbo, região que liga a córnea à esclera, porção opaca do bulbo ocular. O cristalino corresponde a uma lente

biconvexa suspensa no interior do olho por um suspensório em 360 graus chamado de zônula. (PEREIRA, 2000).

Em algumas situações pode ocorrer a opacificação do cristalino ou da córnea havendo conseqüentemente prejuízo da acuidade visual. Segundo Pereira (2000), em caso de perda da transparência do cristalino, denominada de catarata, há a possibilidade de retirada deste e implantação de um cristalino artificial. Entre as causas mais comuns para a opacificação do cristalino estão a senilidade, alterações metabólicas, patologias oculares e a catarata congênita. No entanto se ocorrer a opacificação irreversível da córnea a única alternativa terapêutica existente no momento é o transplante de córneas ou ceratoplastia.

A ceratoplastia é um procedimento cirúrgico em que é realizada a substituição total ou parcial da córnea opaca. Quando se retira a córnea em toda sua espessura diz-se que o transplante é penetrante e em caso de retirada de espessura parcial, transplante lamelar. O transplante lamelar é indicado em casos de lesões cicatriciais, formações tumorais e degenerações que sejam superficiais, onde há o comprometimento de uma porção da córnea somente. Consiste em um procedimento cirúrgico com menor propensão à rejeição. O transplante penetrante é realizado em casos em que há comprometimento de toda a espessura da córnea e sua parte posterior (PEREIRA, 2000).

### 3.8.1 Indicações para ceratoplastia

Estudos que demonstram as indicações para o transplante de córnea ou ceratoplastia variam em seus resultados. Uma explicação possível pode ser a seletividade dos pacientes atendidos em cada serviço e o aprimoramento no tratamento clínico e cirúrgico de patologias corneanas. No Brasil a principal indicação para a ceratoplastia é o ceratocone, seguido da ceratopatia bolhosa. Segundo estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre a principal indicação de ceratoplastia foi a presença de ceratocone em 28,6% e de ceratopatia bolhosa em 20,9%, seguido de leucomas com 12,6% e de retransplante com 11%. (CATTANI, 2002).

### 3.8.2 Conservação e qualidade das córneas

O aprimoramento dos meios de conservação das córneas após sua retirada desviou o transplante de córneas de uma situação de urgência em muitos casos, permitindo uma melhor qualidade em todo o processo. Preconiza-se que as córneas devam ser conservadas em meios de cultura contendo antibióticos, aminoácidos e substâncias desidratantes, bem como em atmosfera úmida e à temperatura de 4°C. No transplante penetrante as córneas podem ser utilizadas entre 24-48 horas e em até cinco dias nos transplantes lamelares. O intervalo de tempo para a ceratoplastia lamelar é mais prolongado devido a não utilização do endotélio, camada da córnea responsável por sua desidratação e manutenção da transparência, que é sensível a variações ambientais. O tempo decorrido entre a

morte do doador e a retirada das córneas representa também fator importante na qualidade do material doado. Aceita-se um prazo máximo de seis horas após o diagnóstico da morte do paciente para a retirada, em casos em que o cadáver é refrigerado a 4°C aceita-se o prazo de até doze horas para a extração das córneas (PEREIRA, 2000).

### 3.8.3 Contra-indicações a doação de córneas

Algumas situações podem representar contra-indicação a doação de córneas. (TABELA 03).

**Quadro 03: Contra-indicações para a doação de córneas**

Óbito de causa desconhecida
Óbito por doença do sistema nervoso central sem etiologia determinada
Doença de Creutzfeldt-Kakob
Panencefalite esclerosante subaguda
Rubéola congênita
Leucoencefalopatia multifocal progressiva
Síndrome de Reye
Encefalite subaguda, infecção cerebral por citomegalovírus
Septicemia
Hepatite
Raiva
Doenças oculares (retinoblastoma, tumores do segmento anterior, ceratocone, glaucoma)
Cirurgia intra-ocular prévia

Leucemia
Doença de Hodking
Linfossarcoma
AIDS e grupos de risco

Extraído de Pereira, p.354, 2000.

### 3.8.4 Prognóstico pós-transplante

Segundo Chalita (2001) o transplante de córneas apresenta, entre as diversas modalidades de transplante, uma das maiores taxas de sucesso. Contribuíram para tal o desenvolvimento de materiais cirúrgicos especializados e o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica ao longo dos anos. Contudo há algumas situações em que ocorre falha do transplante, identificada através da não formação de uma boa imagem na retina.

As falhas no enxerto podem ser precoces, intermediárias e tardias. Compreendem fatores para falha precoce no enxerto a existência de defeito no endotélio, má coaptação da ferida operatória, infecção e glaucoma. O endotélio é uma camada da córnea muito sensível a qualquer variação ou traumatismos, os sinais podem surgir já no primeiro dia e evoluir para opacificação de toda a córnea. A infecção e cicatriz da ferida operatória defeituosa foram no passado muito freqüente, contudo na atualidade não representam fatores importantes na falha no enxerto. As falhas no período intermediário ocorrem principalmente devido à rejeição, mas também a deiscência traumática da ferida, infecções das suturas e

toque do vítreo no endotélio. Enquanto as tardias ocorrem devido à invasão do enxerto pela doença do hospedeiro. Estudo realizado no banco de Olhos do Hospital de São Paulo analisou a rejeição corneana pós-transplante de córnea evidenciando como fatores predisponentes a existência de processo inflamatório, aumento de pressão intra-ocular e transplantes prévios. (CHALITA, 2001).

### **3.9 Ética no transplante**

As questões éticas envolvidas na doação/transplante surgem já no momento da captação do órgão e seguem durante todo o processo de retirada, inserção no receptor e integração do corpo do cadáver aos familiares. O processo de doação de órgãos deve ser transparente e atender a princípios éticos e legais, o que envolve profissionais de diversas áreas e, principalmente, os profissionais da área da saúde.

O momento da captação é crucial para o desenvolvimento de todo o processo. É necessária uma equipe organizada e capacitada para abordagem familiar, pois esta tem o direito de recusar ou aceitar a doação. Segundo Daar (2004), permanece ainda uma forma inadequada de exposição à família, um problema em muitos países e que deve ser modificado visto a importância da doação de órgãos e seu número ainda pequeno.

Embora existam opiniões divergentes entre os profissionais, há uma conduta pré-estabelecida baseada nas leis existentes sobre o tema e na



organização do sistema de saúde. Torna-se importante não somente a sensibilidade do profissional da saúde como também sua preocupação com o decorrer correto do processo. Neste sentido os registros são muito importantes, Rosa e Pellizetti (2000) encontraram ao revisar os dados de prontuários de pacientes doadores a insuficiência de dados. Houve em muitos casos a negligência na referência a autorização para retirada dos órgãos e condições do corpo do doador depois da retirada dos órgãos. Muitas vezes o foco permanece no receptor, contudo é importante saber que a forma como a doação ocorrer irá repercutir na família e em decisões futuras. Sadala (2001) enfatiza a importância de preocupação da instituição e profissionais com a família doadora, pois esta freqüentemente relata sentimento de abandono, em meio a seu sofrimento, enquanto a preocupação focaliza-se somente no receptor.

## 4. CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de estudo

Na busca pelo alcance dos objetivos optou-se por usar a abordagem qualitativa, utilizando a vertente fenomenológica segundo o autor Giorgi (1985) *apud* Moreira (2002). A Fenomenologia surgiu no início do século XX como movimento filosófico sendo transposto para método de pesquisa, e usado desde então por diversas áreas de conhecimento. Sua utilização é adequada em especial quando a intenção é destacar a experiência de vida das pessoas.

Giorgi (1985) *apud* Moreira (2002) relata que a fenomenologia estuda os fenômenos da experiência vivida e que são revelados através da consciência. Entende-se, nesse caso, fenômeno como a percepção de algo que se torna visível à consciência, isento de pressuposições, crenças ou causalidade. Compreende o que se chama, em fenomenologia, de a “volta às coisas mesmas”, o interesse é o puro fenômeno tal como se mostra à consciência. O fenômeno não consiste somente na percepção de algo físico do ambiente externo, mas também toda forma de estar consciente incluindo os sentimentos, pensamentos, desejos e vontades.

Considera-se a fenomenologia como a ciência de essências, onde a essência é o modo característico pelo qual cada fenômeno aparece, o que lhe caracteriza e sem o qual não corresponde mais ao mesmo fenômeno. A essência

refere-se ao sentido ideal ou verdadeiro de algo, sendo visto por diferentes indivíduos no mesmo ato ou pelo mesmo indivíduo em diferentes atos. A consciência é o meio utilizado pela fenomenologia para estudar os fenômenos e caracteriza-se pela intencionalidade, ou seja, o fato de estar consciente de algo. Dizer que a consciência é intencional é compreender que o objeto tem sentido para a consciência e que esta se relaciona com o objeto. É esse fato que faz a consciência intencional mostrar o mundo como fenômeno e torna possível uma atitude fenomenológica. (MOREIRA, 2002).

Dois conceitos são importantes para entender a atitude fenomenológica: a redução fenomenológica e a redução eidética. De acordo com Giorgi (1985) *apud* Moreira (2002) a redução fenomenológica compreende a suspensão de crenças na tradição, nas ciências e em opiniões, pois assim a consciência atém-se ao dado tal como é e descreve-o em sua pureza. Contudo não significa negar a existência do mundo e sim suspendê-la, pois o objetivo não é a existência do mundo e sim como o conhecimento do mundo se revela. A redução eidética coloca a necessidade de acessar os vários atos da consciência para apreender suas essências, ou seja, mover-se da consciência de objetos individuais e concretos para o domínio das essências puras buscando a estrutura essencial e invariável separado do que é contingente ou acidental. Tais conceitos da fenomenologia enquanto movimento filosófico são importantes e influenciam na fenomenologia enquanto método de pesquisa no que concerne a coleta e análise de dados, envolvendo o pesquisador e o participante.

Na pesquisa empírica, segundo o método fenomenológico, quem vive a experiência são os participantes da pesquisa e o pesquisador obtém os dados

relativos a experiência vivida através de relatos. Contudo nessa fase inicial é importante a conduta adotada pelo pesquisador e os participantes da pesquisa. O pesquisador precisa imaginar-se no lugar do outro vendo o mundo segundo essa nova perspectiva, o que é denominado como variação imaginativa livre, enquanto o participante da pesquisa precisa colocar sua perspectiva com a comunicação mais hábil possível, pois a análise é realizada somente a partir do relato existente. Os vários aspectos, comuns a todos os participantes, constituem a essência da experiência em questão e proporcionam ao pesquisador uma análise consciente que resulta nas temáticas comuns aos participantes.(MOREIRA, 2002).

#### **4.2 Campo de estudo**

O estudo foi realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição, integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) da cidade de Porto Alegre, especificamente na Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes. O GHC está vinculado ao Ministério da Saúde, e conta com quatro unidades hospitalares, totalizando 1.800 leitos. A população atendida compreende em sua maioria de pacientes da região metropolitana e da cidade de Porto Alegre. Dos serviços prestados pelo Grupo Hospitalar Conceição, 100% estão voltados para atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde. (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição compreende uma área de 43030 m<sup>2</sup> , possui 830 leitos, 177 ambulatórios e 3575 funcionários. Disponibiliza como um de seus serviços a comissão intra-hospitalar de transplantes que atua na captação de doadores de órgãos e é composta por equipe multidisciplinar. (BRASIL, 2006).

#### **4.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo compreenderam somente os enfermeiros participantes da Comissão Intra-Hospitalar de Transplante do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Foram entrevistados somente os profissionais em atividade no serviço durante o período de realização da pesquisa. A amostra é composta de seis participantes, apenas dois não foram entrevistados por estarem afastados do serviço durante o período de realização da pesquisa.

#### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas gravadas e previamente agendadas, mediante autorização de cada participante, sendo posteriormente transcritas. Segundo Giorgi (1985) *apud* Moreira (2002) a

abordagem do fenômeno deve ser feita da forma mais livre possível apenas com questões norteadoras. Dessa forma a entrevista utilizada conteve questões norteadoras sobre a experiência em análise visando auxiliar no direcionamento do discurso dos entrevistados.(APÊNDICE A).

#### **4.5 Entrevistas**

Foram realizadas entrevistas gravadas com cada participante e depois transcritas para serem analisadas. Seguindo a metodologia fenomenológica buscou-se uma aproximação e empatia com os enfermeiros já nessa fase de coleta de dados. As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade de cada participante e foram realizadas no próprio setor de trabalho dos enfermeiros. Em algumas ocasiões foi necessário prorrogar o início da entrevista devido a intercorrências e necessidade dos pacientes, contudo isso ajudou na compreensão da realidade em que se desenvolve a atividade de captar órgãos na instituição em questão. Utilizou-se um espaço reservado para as entrevistas onde fosse possível um diálogo tranquilo. Foram utilizadas as questões norteadoras proposta e o diálogo decorreu de forma informal e direcionada.

#### **4.6 Análise de dados**

A análise de dados foi realizada segundo Giorgi (1985) *apud* Moreira (2002), que tem como objetivo a obtenção das “unidades de significados”, isto é, temas ou essências contidas nas descrições e que revelem a estrutura do fenômeno. O método compreende quatro etapas: leitura das descrições individuais, identificação das “unidades de sentido”, transcrição do conteúdo das unidades de sentido para a linguagem do pesquisador e síntese da “estrutura da experiência”.

A primeira etapa consistiu na leitura geral da descrição do discurso de cada indivíduo em particular, obtendo-se uma noção geral do que foi explanado. As leituras das entrevistas foram feitas de forma independente e desprovidas de qualquer vínculo com as demais.

Na segunda etapa foi demarcado no relato cada momento em que o participante iniciava discussão sobre algum aspecto específico pertinente ao assunto central, porém diferente dos citados anteriormente por ele mesmo. Isso representou o início da identificação das unidades de sentido. É importante ressaltar que as unidades de sentido correspondem a uma parte determinada da descrição, mas apoiadas no contexto.

A terceira etapa consistiu em expressar o conteúdo das unidades de sentido de forma direta, havendo o cuidado do pesquisador para não alterar o conteúdo da descrição.

Na quarta etapa da análise foi realizada uma síntese de todas as unidades de sentido compreendendo uma declaração consistente da experiência dos participantes.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Foram considerados aspectos éticos no que concerne a coleta e análise de dados. Os participantes do estudo participaram voluntariamente, cientes de que não serão identificados, do destino das gravações, da possibilidade de desistir a qualquer momento do estudo e da segurança de que não haverá prejuízo em sua avaliação de desempenho, conforme termo de consentimento livre esclarecido.(APÊNDICE B). As fitas com as gravações das entrevistas, e suas transcrições, bem como os termos de consentimento livre e esclarecido serão arquivados por um tempo de cinco anos conforme a Lei de Direitos Autorais e após destruídos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição em 08 de fevereiro de 2006.(ANEXO 02).



## **5. ESTRUTURA DA EXPERIÊNCIA**

### **5.1 Reconhecimento do campo**

A pesquisa iniciou em um primeiro contato com a Comissão Intra-Hospitalar de Transplante buscando conhecer sua estrutura e funcionamento. Em cada unidade do Grupo Hospitalar Conceição há uma comissão de transplante atuando. Especificamente no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) esse serviço tem expressiva participação de enfermeiras, motivo pelo qual este hospital foi escolhido como campo de estudo. Fazem parte desse serviço dezesseis profissionais, incluindo dois médicos, oito enfermeiros e cinco assistentes sociais.

A comissão de transplante do HNSC atua junto aos pacientes do hospital no intuito de identificar potenciais doadores, na abordagem familiar e no acionamento de todo o processo envolvido na doação de um órgão. Os profissionais que participam dessa comissão são funcionários de diferentes setores que, simultaneamente, trabalham na comissão de captação de órgãos. Estão dispostos de forma que sempre exista alguém de plantão para atuar na captação quando ocorrer um óbito.

O processo de captação de órgãos já se inicia na identificação de potenciais doadores. No caso de pacientes com morte encefálica, possivelmente doadores de mais de um órgão, há um trabalho bem próximo com a equipe da

unidade de terapia intensiva, que participa no que concerne à identificação e manutenção, em condições adequadas, de potenciais doadores. Segundo protocolo da instituição a partir do início da primeira avaliação para o diagnóstico de morte encefálica a equipe de captação já deve ser avisada da existência de um doador em potencial. Em caso de confirmação do diagnóstico a equipe é acionada e, após comunicação à família, é realizada a abordagem. Havendo permissão para retirada de órgão(s) segue-se o preenchimento da documentação legal, o aviso à central de transplante e preparo para a cirurgia. (ANEXOS 03 e 04).

No caso de morte por parada cardíaca há a possibilidade de doação de córneas, onde a equipe de captação também é acionada. Neste caso o tempo decorrido entre a abordagem familiar e a retirada das córneas é de no máximo seis horas. A equipe de captação é acionada através da central de leitos que já possui a informação do óbito. A equipe então entra em contato com a unidade em que o paciente está internado para avaliar se este é um possível doador e segue-se à abordagem da família. Durante a pesquisa surgiu uma realidade muito específica na instituição, pois a maioria das captações corresponde a córneas havendo raramente doação de outros órgãos. O motivo principal é a característica dos pacientes atendidos, como idade, patologias, tempo de hospitalização, pois muitos possuem contra-indicações à doação de outros órgãos. Desta forma a experiência dos entrevistados é em sua grande maioria com captação de córneas.

Os registros durante o processo de captação-doação são muito importantes e são de responsabilidade do profissional da equipe de captação. Em casos de morte encefálica é necessário certificar-se da existência e preenchimento do termo de declaração de morte encefálica como instituído pelo hospital. (ANEXO 05).

Após a abordagem da família e do consentimento para retirada do(s) órgão(s) é necessário preencher a ficha de cadastro do paciente, com dados deste e do familiar entrevistado, e a assinatura do ato de doação que contém a autorização para retirada de órgãos e a assinatura das testemunhas que acompanharam o diagnóstico de morte encefálica. (ANEXOS 06 e 07).

## **5.2 Caracterização da amostra**

A amostra do estudo compreendeu seis participantes, todos do sexo feminino sendo quatro com faixa etária entre 30 e 40 anos e duas com menos de trinta anos. Em relação ao tempo de trabalho quatro estão a menos de cinco anos no serviço enquanto duas trabalham na instituição há mais de dez anos.

## **5.3 Unidades de sentido**

As unidades de sentido encontradas nas diferentes entrevistas relacionam-se com os sentimentos e opiniões dos profissionais sobre o processo de captação de órgãos. Seguem abaixo as unidades de sentido encontradas e exemplificadas com trechos dos relatos dos profissionais entrevistados. Devido a questões éticas

o nome dos participantes foi ocultado e utilizado letras para sua identificação no trabalho.

### 5.3.1 Sentimentos dos enfermeiros

Os participantes colocaram o surgimento de alguns sentimentos envolvidos na atividade de captar órgãos. Ao longo das leituras das entrevistas foi possível identificar dois sentimentos muito freqüentes e que surgem ao longo da captação de órgãos refletindo a carga afetiva existente entre o profissional e a família momento de captação de um órgão.

#### 5.3.1.1 Gratificação

Muitos enfermeiros relataram vivenciar uma sensação de gratificação ao abordar a família, especialmente quando os resultados eram positivos e ocorria a captação de algum órgão. A satisfação por estar ajudando alguém que necessita de um órgão é bem marcante como visto em alguns depoimentos.

“Na verdade eu nem conto como um trabalho, eu conto como uma coisa gratificante, como se fosse uma recompensa do trabalho. É uma

satisfação muito grande (...) quando eu saio de lá eu vou contar pra todo mundo. A gente fica bem envolvida, é um trabalho que acaba te dando bastante satisfação”. (Participante F)

“Então quando tu consegues é uma vitória, tu fica super feliz. Só pelo fato de tu favorecer alguém a ter uma visão, isso não existe dinheiro que pague. A gratificação humana que tem sobre isso é muito grande”. (Participante E)

“Eu percebo assim (...) nosso trabalho de captadora é muito importante, cada vez que consigo uma córnea eu me sinto muito realizada, fico muito feliz (...) é uma sensação muito boa (...) fazer captação te dá a possibilidade de salvar alguém (...)”. (Participante B)

“Acho que na verdade é um trabalho difícil de fazer, mas é prazeroso quando você consegue. É a sensação de conquista (...) de ter gerado toda uma nova expectativa, enfim é bem gratificante”. (Participante D)

Burroughs (1998), fala da satisfação das famílias com sua decisão mostrando-se vinculada principalmente a forma como se desenvolve o processo de captação de órgãos. Segundo este autor há uma maior satisfação quando a captação ocorre em instituição de saúde local onde a família e os profissionais envolvidos são conhecidos. O que também ficou bastante evidenciado pelos profissionais enfermeiros que atuam neste trabalho.

### 5.3.1.2 Angústias vivenciadas na abordagem da família

Abordar o familiar num momento de sofrimento e assimilação da dor demonstrou ser um aspecto conflitante para os captadores. Em muitas situações há envolvimento com a família e compartilhamento do seu sofrimento.

“Eu acho que é um trabalho bem árduo sabe, assim no sentido psicológico. Ele é bom, mas ao mesmo tempo te afeta. Porque o enfermeiro geralmente se coloca, a gente se coloca no lugar da família. Mas no momento que a pessoa diz que vai doar (...) a pessoa está precisando (...) para viver melhor”. (Participante C).

“(...) uma abordagem com a família é sempre um momento de ansiedade pra gente, você não sabe o que vai encontrar (...) o tipo de família que tem atrás daquele óbito, daquela pessoa. Tu tens que dar o tempo para eles chorarem (...) valorizar os sentimentos”. (Participante B)

“Nos três anos que estou na captação várias vezes eu já estava querendo também chorar junto. Porque eles contam toda a história da pessoa. A gente fica bem balanceada, acaba se envolvendo”. (Participante C)

“O aspecto negativo eu acho é que às vezes tu acaba te envolvendo (...) A família chora e tu choras junto”. (Participante F)

A indecisão da família em doar é um aspecto freqüente que envolve diversos fatores. Surgiram nos relatos dos enfermeiros a existência de dificuldades na abordagem da família em relação a esta indefinição sobre o ato de doar órgãos.

“(...) às vezes ele está doando e daí tu explica que pode ficar com hematoma, daí: não, então eu não quero. Porque, as pessoas vão pensar sabe? Poxa e se as pessoas olharem pra ele e verem que está com hematoma e verem que ele foi um doador de córneas (...) que ele foi uma pessoa boa até na hora da morte”. (Participante A)

“Então pra nós assim tem que explicar tudo, porque eles querem saber como vai ficar o olho, porque a gente faz muita doação de córneas aqui (...) eles têm medo”. (Participante C)

A preocupação com o aspecto final do corpo do doador é uma preocupação constante e que encerra muitas dúvidas exigindo da equipe captadora o esclarecimento de todas estas dúvidas.

“Eles têm muito medo do que vá ser feito, principalmente como é córnea de que vai ficar um buraco. E a gente tem sempre que dar a garantia que não vai ser deformado”. (Participante B)

“(...) acham que vai ter ou que o corpo do familiar deles vai ser esvaçado (...) então para nós tem que explicar tudo”. (Participante A)

“A mutilação eu acho que é bem importante você dizer que não vai haver. As pessoas têm idéia que a pessoa que vai doar vai ficar mutilada, que as pessoas vão ver que está faltando um pedaço”. (Participante F)

O desconhecimento da prática de transplante ou da opinião do familiar morto sobre o assunto também surgiu como aspecto influente.

“Hoje todo mundo é um doador, mas nem todo mundo sabe que é um doador (...) acho que esse lado deve ser mais trabalhado. Às vezes eles não querem doar porque a pessoa não mostrou muito interesse de doação. Não sabia o que ela pensava então não dou”. (Participante E).

“(...) a família às vezes não doa por dúvidas. Porque eles não sabem se a pessoa queria ou não, porque nunca foi falado”. (Participante F).

Os enfermeiros relataram existir dificuldades na abordagem dentro deste contexto, pois há um questionamento sobre o assunto no momento em que já deveria haver uma posição a respeito.

“(...) eles têm muito medo de doar, porque eles nunca falam com o familiar se ele queria doar ou não (...) As pessoas, quando vão pra entrevista já deviam ter muita coisa, muita informação sobre doação de órgãos (...) E conversado com a família, coisa que não existe” (Participante A).

“(...) na verdade as pessoas não têm o conhecimento, o familiar nunca referiu, as pessoas não conversam sobre isso. De repente tu chega no pior momento para falar uma coisa que eles nunca pensaram (...)” (Participante D).

Os aspectos encontrados neste estudo e geradores de sentimentos, como a angústia, nos profissionais são freqüentemente encontrados em outros estudos sobre doação. Barcellos (2005), Radecki e Jaccard (1997) e Sadala (2001) encontraram dados referentes a decisão da família em doar pertinentes com os encontrados pelos participantes deste estudo. O desconhecimento a cerca do assunto, a ausência de questionamentos prévios e discussão familiar, a preocupação com a possibilidade de mutilação do corpo do doador têm demonstrado-se como aspectos influenciadores e que precisam ser enfrentados pela equipe captadora de órgãos.

### 5.3.2 Organização do trabalho de captação de órgãos



A partir da abordagem do que os participantes consideravam significativos surgiram aspectos relacionados a inserção do profissional e da influência da organização da própria instituição na atividade de captação de órgãos.

#### 5.3.2.1 O profissional como membro da comissão

O sentimento de despreparo dos profissionais frente ao processo de captação foi encontrado nas entrevistas e relatado com muito pesar pelos participantes. Muitos sentem a necessidade de melhor treinamento para atuar na abordagem da família.

“(…) eu considero um trabalho bem difícil de fazer, a gente deveria ter uma preparação para isso. Não é pelo fator de receber, acho que devia ser preparado como equipe (…) mesmo que a gente tenha um preparo devia ser um profissional mais capacitado pra isso. Eu acho que deveria ser um psicólogo, na nossa formação da enfermagem falta alguma coisa que poderia auxiliar neste momento”. (Participante A).

“Acho que era interessante fazer mais trabalhos com a gente sobre isso, né? A gente tem seminários, tem várias conferências que eles fazem sobre doação de órgãos, mas eu acho que a gente ainda está meio receoso ainda”.(Participante C).

A sensação de sobrecarga de trabalho foi colocada como um fator relevante no desempenho das abordagens realizadas com os familiares. Todos os

enfermeiros atuantes na Comissão de Transplante atuam em algum outro setor do hospital e, algumas vezes, concomitantemente precisam realizar as duas tarefas.

“Então assim às vezes até eu me sinto sobrecarregada porque eu estou aqui trabalhando e na mesma hora me chamam lá embaixo e eu tenho que largar o que estou fazendo, vou lá faço a entrevista na correria. Pra mim é atrapalhado e ao mesmo tempo eu tenho que estar pensando naquilo (...) então eu acho super importante, pra mim não é fácil sabe?” (Participante A).

“É uma coisa voluntária. Por um bom tempo a gente não ganhou nada em troca, agora a gente faz entrevistas no nosso plantão e há pouco tempo o pessoal começou a ganhar sobreaviso em sábado e domingo”.(Participante F).

Nos relatos aparecem com pesar o depoimento de que em muitas ocasiões entrevistas para captação de órgãos são deixadas de serem realizadas por indisponibilidade, naquele momento, de tempo pelo enfermeiro.

“Eu acho que deveria haver pessoas que trabalham somente com captação de órgãos. Porque muitas entrevistas a gente perde por não ser uma equipe só pra isto”.(Participante A).

“(...) nós montamos uma comissão aqui dentro, as pessoas continuaram tocando seus serviços e assumiram um plus em suas atividades diárias. Tudo aquilo em que tu mexe nos brios da pessoa tu tem que levar tempo pra fazer. Então isso é um ponto que eu acho muito significativo na atuação de captação de órgãos, a disponibilidade de tempo que o captador tem. Muitas vezes eu deixei de ir e posso ter inclusive deixado de captar um órgão”.(Participante B).

### 5.3.2.2 A instituição como suporte para captação de órgãos

A forma de organização da instituição hospitalar surgiu como um fator importante na qualidade do serviço prestado pela comissão de captação de órgãos e na decisão da família em doar.

“Dificultava muito pra gente não ter um espaço pra isso, agora a gente tem uma sala. Então facilitou, porque tu tens mais intimidade, tu tens lugar próprio (...) esse lugar facilitou bastante, porque fica mais humanizado, sabe?” (Participante A)

“A coisa que a gente sente falta e até já sugeriu, é que toda a equipe, o médico e a enfermeira falem com a família da possibilidade do paciente morrer e de doar. Porque às vezes tem paciente no andar evoluindo para óbito e o médico e a enfermeira não tocam no assunto. É uma coisa que ninguém fala. Se existisse uma preparação, que as pessoas já soubessem”.(Participante F).

Colocou-se a necessidade de atuação integrada dos diversos setores do hospital para um melhor atendimento e funcionamento do serviço de captação.

“Na verdade toda a estrutura do hospital tem que estar voltada para esse serviço. Não vai depender só da pessoa que vai fazer a abordagem, que vai conseguir convencer. Todo o serviço tem que estar voltado pra esta abordagem. As pessoas têm que estar capacitadas e a instituição conhecer o trabalho, saber que ele é interdependente, que depende de todo o conjunto de atendimento prestado ao paciente”.(Participante D).

“Acho assim que no momento que internasse qualquer paciente na UTI tinha que ter um esclarecimento melhor (...) E até que o médico

conversasse também, tem toda uma abordagem. Mas isso é um trabalho que tem muito a desenvolver ainda. Tem muito residente, tinha que implantar no próprio sistema deles”.(Participante C)

Os participantes acreditam que a abordagem familiar para captação de órgãos não se restringe somente aquele momento, pois há uma repercussão em toda a família, e até mesmo na comunidade, a cerca da temática de doação.

“Eu acho assim, que mais do que conseguir a doação é a divulgação que a gente faz. Porque no momento que a gente está falando sobre doação de órgãos a gente não está falando só pra um familiar daquele paciente que faleceu. A gente está falando pra todos os familiares porque eles acabam discutindo o assunto e isso gera conhecimento para a população. “(Participante D).

“A gente trabalha com mídia, e a nossa maior mídia é quem já foi doador e quem já recebeu alguma doação. Esses são os maiores propagandistas do benefício da doação. Eu acho que o retorno pra família é importante. Eles vão acabar falando para os vizinhos, para o amigo e vão acabar divulgando a idéia de doação”. (Participante B)

Burroughs (1998) e Sadala (2001) demonstram que há uma estreita relação entre organização da instituição, qualificação profissional e a existência de resultados positivos. A forma como ocorre o processo de doação de órgãos é muito citado pelas famílias de doadores como influente na decisão momentânea e também futura. Daar (2004) relata que um grande problema ainda existente no processo de captação de órgãos é a forma de abordagem da família. Neste sentido tem grande influencia a forma de atuar do profissional que necessita estar

preparado para tal e ter suporte da instituição através de um serviço organizado e qualificado.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu, através do referencial teórico e da análise dos depoimentos dos enfermeiros, o surgimento de uma concepção mais abrangente da doação de órgãos. Percebe-se a existência de muitos fatores influenciadores que estão intimamente inter-relacionados os quais interferem diretamente na atuação de quem capta órgãos para transplante.

A experiência dos enfermeiros demonstrou-se em dois pólos: os sentimentos vivenciados e a organização do trabalho de captar órgãos. Não é possível desvincular o processo de captar órgãos de questões emocionais. Todo o processo ocorre em um intervalo de tempo limitado e mistura os sentimentos de angústia perante o sofrimento alheio e a satisfação por gerar esperança a alguém. É exigido do profissional profunda dedicação e equilíbrio para permear por caminhos tão opostos. O captar órgãos envolve compreensão da situação limítrofe vivenciada pelas famílias. A morte de uma pessoa próxima é uma situação de sofrimento imenso e de assimilação lenta e dolorosa, num primeiro momento o pensamento focaliza-se somente na pessoa que morreu. Torna-se difícil pensar sobre um assunto complexo enquanto sente-se tanta dor. Em algumas situações há inúmeras dúvidas e receios sobre a doação de órgãos o que torna o processo ainda mais lento. O profissional sente-se angustiado perante a carência da família a cerca do conhecimento e do posicionamento sobre o assunto, pois é algo muito

difícil de ser trabalhado naquele momento e que, por conseguinte, interfere diretamente no resultado obtido.

Frente a tantos empecilhos para atuar na captação de órgãos, a organização do trabalho é algo de intensa relevância. O profissional questiona-se sobre sua atuação e sua interferência no desenvolver do processo. Associado a questões já tão conflitantes surge a sensação de incapacidade e despreparo. Sente-se a necessidade de integração da instituição como um todo, do respaldo ao profissional e ao doador e sua família. No decorrer das atividades o profissional identifica e sente a necessidade de maior comprometimento com a atuação, contudo não vê oportunidade para tal. É como ser a ligação entre o interesse e a necessidade, contudo sem auxílio de qualquer parte. Existem muitos aspectos aquém da possibilidade de resolução dos enfermeiros e que deveriam ser preocupações das autoridades competentes visando uma melhor prestação de serviço e qualidade profissional.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legislação>. Acesso em 10 jun. 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS. **I Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos**, São Paulo, v.1, p.133, dez 2003. Disponível em: <http://www.abto.org.br>. Acesso em 05 jun 2006.

AWAYA, T. Organ transplantation and the human revolution. **Transplantation Proceedings**, New York, v.31, p.1317-19, 1999. Disponível em:<http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 20 abr 2006.

BARCELLOS, FC; ARAUJO, CL; COSTA, JD. Organ Donation: a population-based study. **Clinical Transplantation**, New York, v. 19, p. 33-37,2005. Disponível em:<http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em mai. 2006.

BENDASSOLLI, P. F. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. **Psicologia: reflexão e crítica**, São Paulo, v. 14, n 1, p. 225-240, 2001. Disponível em:<http://www.bireme.br> Acesso em 15 mai 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Transplantes, Brasília, jun, 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 5 mai. 2006.

BURROUGHS, *et al.* The Stability of Family Decisions to Consent or Refuse Organ Donation: Would You Do It Again. **Psychosomatic Medicine**, vol. 60, n. 2,156-162, 1998. Disponível em:<http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em mai. 2006.

CATTANI, *et al.* Indicações de Transplante de Córnea no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v.65, n.1, 2002. Disponível em:<http://www.abonet.com.br>. Acesso em 05 jun. 2006.



CHALITA, *et al.* Rejeição corneana pós-transplante de córnea: análise de dados do Banco de Olhos do Hospital de São Paulo-Escola Paulista de Medicina. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo v.63, n.1,2001. Disponível em: <http://www.abonet.com.br>. Acesso em 04 jun. 2006.

DAAR, A.S. Paid Organ Procurement: pragmatic and ethical viewpoints. **Transplant Proceedings**, New York, v.36, p. 1876-77, 2004. Disponível: <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 12 jun 2006.

DELMONICO, *et al.* Ethical incentives- not payment-for organ donation. **New England Journal of Medicine**, v. 346,n. 25, 2002-2005, 2002. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.Br>. Acesso em 16 mai 2006.

ESCUADERO, D; OTERO, J. Avances clínicos y legales en el diagnóstico de muerte encefálica durante la década de los transplantes en Espana. **Nefrología**, v.21, supl.4, p.30-40, 2001. Disponible em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 30 mai. 2006.

FLORES, *et al.* Muerte encefálica, bioética y transplante de órganos. **Revista Médica do Chile**, Santiago do Chile, v.132, p.109-118, 2003. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em 22 mai 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Doação de Órgãos e Tecidos, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.ghc.com.br>. Acesso em 15 abr 2006.

JORALEMON, D; COX, P. Body Values: the case against compensating for transplants organs. **Hasting Center Report**, v. 33, n. 1,p.27-33, 2003. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 25 mar 2006.

LAM, W.A; McCULLOUGH, L. B. Influence of religious and spiritual values on the willingness of Chinese-Americans to donate organs for transplantation. **Clinical**

**Transplant**, New York, v. 14, p. 449-456, 2000. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br> Acesso em 20 mai 2006.

MOLINA-MARTINEZ, F.J. *et al.* Muerte encefálica y donación de órganos. Revisión a la luz de la legislación española actual. **Revista de Neurología**, v.36, n.8, p. 771-80, 2003.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. Thompson Pioneira, São Paulo, 2002, p.152.

MORENSKI, M.D. *et al.* Determination of Death by Neurological Criteria. **Journal of Intensive Care Medicine**, v.18, n.4, p.211-221, 2003.

MORIOKA, M. Reconsidering brain death: a lesson from fifteen years of experience. **Hasting Center Report**, v. 31, n.4, p.41-46, 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 26 set 2005.

PEREIRA, W. A. Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Medsi, Rio de Janeiro, 2000, p. 493.

RADECKI, C. M; JACCARD, J. Psychological aspects of organ donation: a critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation decisions. **Health Psychology**, v.16, n.2, p.183-204, 1997. Disponível em: <http://www.periódicos.capes.gov.br>. Acesso em 20 mai 2006.

ROSA, B. A; PELLIZETTI, N. Posicionamento de enfermeiros e médicos quanto a lei de transplante de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 2, p.26-30,2000.

SADALA, M. L. A. A experiência em doar órgãos na visão de familiares de doadores. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.23, n.3, p. 143-51, 2001.

SANTOS, A.L.G.A; SILVA, A.A.M; SANTOS, R.F. Estimativas do Número Potencial de Doadores Cadavéricos e da Disponibilidade de Órgãos e Tecidos para Transplantes em uma Capital do Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de**

**Nefrologia**, São Paulo, v.26, n.1, p. 25-30, 2006. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em 30 mai 2006.

SILKE, V. H; MARTY, T. S. Factores associated with (un) willingness to be an organ donor: importance of public exposure and knowledge. **Clinical Transplantation**, New York, v. 18, p. 193-200, 2004. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 18 mai 2006.

## APÊNDICE A - Entrevista

### 1. Identificação:

Sexo:

Idade:

Tempo de Serviço no Local:

### 2. Entrevista:

A- Como você vê o trabalho de captação de doador de órgãos ?

B- Quais aspectos são significativos para você na atuação de captar doadores de órgãos?

## **APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido**

Este trabalho pretende compreender como os enfermeiros convivem com o processo de captação de doadores de órgãos, com morte encefálica. Será realizado pela acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no decorrer do semestre 2006/1. O abaixo assinado e identificado declara ter recebido explicação clara e completa sobre a pesquisa a que se submete de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

1. Foi explicado o objetivo da pesquisa.
2. Foi dada a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre a pesquisa através de contato com a acadêmica Graziela Knebel, pelos telefones (51)30228149, (51)84622013 ou e-mail gknebel\_enf@yahoo.com.br, ou através da professora orientadora Elisabeth G. R. Thomé, pelos telefones (51)33313778, (51)99967393 ou e-mail bethgomesbr@yahoo.com.br.
3. Foi dada a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.
4. Foi dada a garantia de não ser identificado o sujeito com as informações e do arquivo das fitas com as gravações das entrevistas por cinco anos, sendo após destruídas.
5. Foi dada a garantia de que não haverá prejuízo na avaliação de desempenho do participante.
6. Foi dada a garantia de que o participante e a instituição não terão nenhum gasto financeiro em participar da pesquisa.
7. Concordo que o resultado poderá ser publicado em jornais científico ou apresentado em eventos científicos, mas sem qualquer identificação que possa relacionar ao participante.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Pesq: acadêmica Graziela Knebel

**ANEXO 01: Notificação de priorização do receptor**

De::	CNCDO do Estado de _____	Para:	Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
	Coordenador: _____		Fone: (61) 365-2379 Fone/Fax: (61) 365-4441
	Fone/Fax: _____		Endereço Eletrônico: cntx@bol.com.br

Data: \_\_\_\_\_

A CNCDO do Estado de \_\_\_\_\_ comunica a situação atual do paciente \_\_\_\_\_, inscrito como receptor de \_\_\_\_\_, em priorização motivada por \_\_\_\_\_ como: ( ) Priorização

( ) Priorização mantida

( ) Priorização não renovada devida a:

( ) Óbito
( ) Transplantado com órgão a CNCDO Estadual
( ) Transplantado com órgão da CNNCDO
( ) Melhora clínica
( ) Sem condições para o transplante

A partir destas informações solicito atualizar os dados do receptor acima mencionado.

Responsável pela informação: \_\_\_\_\_.

**QUALQUER ALTERAÇÃO NA CONDIÇÃO DO PACIENTE DEVERÁ SER COMUNICADA IMEDIATAMENTE.**

**A PRIORIZAÇÃO MANTIDA DEVERÁ SER RENOVADA A CADA 03 (TRÊS)DIAS.**

## ANEXO 02: Parecer de aprovação da pesquisa

	<b>GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO</b> <small>HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. - CNPJ 92.787.116/0001-20 - Av. Francisco Trévis, 596 - F.341-1300 - Porto Alegre - RS - CEP 91360-200          HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)          HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. - CNPJ 92.787.125/0001-76 - Rua Domingos Rabelo, 20 - F.361-3366 - Porto Alegre - RS - CEP 91040-000          HOSPITAL FÉMINA S.A. - CNPJ 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardeiros, 17 - F.311-9858 - Porto Alegre - RS - CEP 91430-001          Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/96</small>
--	---

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CEP - GHC**  
**RESOLUÇÃO**  
 Porto Alegre, 10 de fevereiro de 2006.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 08/02/2006 analisou o projeto de pesquisa:

**Nº 111/05**

**FR: 81044**  
**Título Projeto:** O enfermeiro no processo de captação de doadores de órgãos.  
**Pesquisador(es):** Graziela Knebel

**PARECER:**

**Documentação:** Aprovada  
**Aspectos Metodológicos:** Aprovados  
**Aspectos Éticos:** Aprovados

**Parecer final:** Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

**Grupo e área temática:** Projeto pertencente ao Grupo III - Área Temática (Ciências da Saúde - Enfermagem 4.04)

**Considerações finais:** Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

**Dr. Julio Baldisserotto**  
 Coordenador CEP - GHC

**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / GHC** fone/fax: (51) 33572407 - e-mail: pesquisas-gep.com.br  
 Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (31/out/1997) - Ministério da Saúde  
 IRB - Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)  
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número - IRB 00001105  
 FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

### ANEXO 03: Protocolo de condutas frente ao doador cadáver

<b>GHC</b>	<b>GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO</b>	
	HOSPITAL M. S. DA CONCEIÇÃO S.A. HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. HOSPITAL FÉMINA S.A.	- CNPJ 119.767.116/0001-00 - Av. Francisco Travençolo, 596 - F. 541-1300 - Porto Alegre - RS - CEP: 91250-200 (Unidade Própria do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.) - CNPJ 92.787.126/0001-76 - Rua Damasceno, 20 - F. 301-3096 - Porto Alegre - RS - CEP: 91040-000 - CNPJ 92.693.124/0001-03 - Rua Mostardero, 17 - F. 211-9898 - Porto Alegre - RS - CEP: 91430-011 Vinculadas ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.246/98
<b>PROTOCOLO DE CONDUTAS FRENTE À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA RETIRADA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE</b>		
Comissão Intra- Hospitalar de Transplantes H.N.S.C		
<b>Este protocolo visa rotinizar as condutas a serem tomadas após a constatação da existência de um potencial doador de órgãos</b>		

**APÓS O PRIMEIRO EXAME CLÍNICO:** ( a ser realizado pelo Intensivista vide protocolo de morte cerebral ), sugerindo **Morte Cerebral**:

1. Avisar a CIT – Comissão Intra - hospitalar de Transplantes HNSC: Dr. \_\_\_\_\_) ou Ass. Social Nádia Mª Perin ( 99860456).  
Esta por sua vez avisará a EAF –Equipe de Abordagem Familiar que realizará a entrevista familiar , imediatamente após o segundo exame clínico;
2. Notificar a Central de Transplante POA – enfermeira ou plantonista da UTI – ( 51 )3217-1616 OU 3219-1900;
3. O médico intensivista avisará à família que iniciaram-se os testes do protocolo de Morte Cerebral ( independentemente de vir a tornar-se um doador , a família tem o direito de saber o que vai acontecer com o paciente ) e fará anamnese visando afastar causas que impeçam possível doação de órgãos(Lues,Hepatite,Neoplasias , uso de drogas , AIDS );
4. O médico intensivista ou a enfermeira da UTI solicitam também que a família compareça 6 h após o primeiro exame para saber do resultado do segundo teste clínico ;
5. O médico intensivista avisará o neurologista do caso ( ou o plantão ) para realizar o segundo exame clínico ( 6 h após o primeiro exame );
6. O médico intensivista da UTI ou residente solicitam os exames laboratoriais pertinentes a um potencial doador de órgãos: ( hemograma c/plaquetas,tipagem ABORh; uréia,creatinina e eletrólitos;TGO,TGP,FAlcalina,bilirrubinas, gamaGT, VDRL,Toxoplasmose e Chagas;Anti HIV,Anti HCV,IHbsAG, Anti HbsAg,Anti HBe e CMVigG, Gasometria arterial com FIO<sub>2</sub> = 1,0 com Peep de 5 cm de água, Rx de Tórax( pulmão ); ECG e , se acima de 50 anos, ecocardiograma. ( identificar "doador de órgãos" no pedido e pedir urgência máxima" )
7. A enfermeira da UTI ou Secretaria Administrativa solicita à Central de Leitos nova AIH: **M.cerebral- Doador de órgãos.**

**APÓS O SEGUNDO EXAME CLÍNICO:** ( a ser realizado pelo neurologista)

1. O neurologista assina o protocolo de MC e comunica o resultado à família;
2. A enfermeira da UTI solicita novamente que a família aguarde ni local ( à espera da EAF,que não deve ser mencionada);
3. A enfermeira da UTI telefona para a Central de Transplantes dando o resultado do exame neurológico e os dados de laboratório (todos);
4. A EAF comparece para entrevista familiar;
5. O entrevistador da EAF marcará o exame complementar confirmatório arteriografia cerebral;
6. A EAF avisará ao Bloco Cirúrgico de uma possível retirada de órgãos.

**APÓS A ARTERIOGRAFIA**(acompanhada por um membro da CIT e da família)

1. A EAF avisará imediatamente à Central de Transplantes do resultado;
2. A EAF colherá as assinaturas no termo de doação;
3. A EAF confirmará com o Bloco Cirúrgico o horário da retirada de órgãos;



## ANEXO 04: Protocolo de manutenção de potencial doador



### PROTÓCOLO DE MANUTENÇÃO DO DOADOR – CADÁVER NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Este protocolo contempla qualquer potencial doador para transplante de órgãos. Da boa manutenção do doador dependerá o sucesso dos transplantes.

- Providenciar acesso venoso lembrando que o diâmetro do **abocath** é maior que intracath ; Se já houver intracath , mesmo assim , **obter outro acesso**. Se necessário , **vários** acessos;
- Se já houver acesso central , providenciar **PVC**;
- Obter **PAM** , se equipe habilitada para tal;
- Evitar **Hipotermia** : causa hipotensão e bradicardia – usar lençol elétrico;
- Obter a “ **LISTA DOS 10** ”:

**PVC= 10 PAM=10 Hb=10 FC=100(máx) SAT O<sup>2</sup>=100 DIURESE=100ml/h**

1. Paciente chocado: **NÃO USAR VASOPRESSOR** primeiramente: Tentar antes **VOLUME** , sempre **VOLUME**;
2. Soluções Endovenosas :RINGER LACTATO , SF 0,9% ISOCEL em quantidade suficiente para elevar a TA aos parâmetros acima.
  - Não se assiste se o volume infundido for alto e o doador edemaciar. A contra-indicação seria congestão pulmonar que inviabiliza o pulmão para tx, mas deve-se sempre priorizar as funções vitais para os demais órgãos.
  - Se o volume infundido foi suficiente para encher normalmente a jugular e/ou obter a PVC ideal e mesmo assim a TA continuar baixa , iniciar DOPAMINA fazendo dose , procurando não ultrapassar 5ug/kg/min;
3. Checar o HT/Hb – se necessário corrigir com glóbulos;
4. Tratar a poliúria ( diurese acima de 200ml/h ) com DDAVP intra-nasal; 1 jato em cada narina de 4/4h ou EV – ( medir densidade urinária de 2/2h);
5. Corrigir hipocalemia e hipernatremia;
6. Bradicardia : tratar com atropina – se não responder , aqueça o paciente;
7. Arritmia : verifique eletrólitos e corrija;
8. Ventilação mecânica com peep=5 e FIO2=1 PARA FAZER Garterial para o protocolo de tx de pulmão;
9. Hiperglicemia de stress : corrigir com insulina;
10. Fornecer calorias com SG a 5% ou 10%.

## ANEXO 05: Termo de declaração de morte encefálica

<b>GHC</b>	<b>GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO</b>	
	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. HOSPITAL FÉMINA S.A.	CNPJ 07.787.135/0001-20 - Rua Francisco Trevis, 590 - F. 341-1300 - Porto Alegre - RS - CEP: 91200-209 (Inclusão Hospitalar ao Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.) CNPJ 12.787.125/0001-75 - Rua Domingos Frazão, 20 - F. 35 - 3505 - Porto Alegre - RS - CEP: 91010-000 CNPJ 92.653.134/0001-53 - Rua Mostardem, 17 - F. 311-2205 - Porto Alegre - RS - CEP: 91420-001
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 93.244/90		
<b>TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA</b> <b>(Res. CFM N.º 1.480 DE 08/08/1997)</b>		

NOME: \_\_\_\_\_  
 PAI: \_\_\_\_\_  
 MÃE: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ ANOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ DIAS \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
 SEXO: ( ) M ( ) F RAÇA: ( ) A ( ) B ( ) N  
 HOSPITAL: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### A. CAUSA DO COMA

- A. 1- Causa do Coma: \_\_\_\_\_  
 A. 2- Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame  
 a) Hipotermia  
 b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central  
 -- Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo --

### B. EXAME NEUROLÓGICO – Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

IDADE	INTERVALO
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 22 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	6 horas

Após efetuar o exame, assinar uma das duas opções SIM/NÃO. Obrigatoriamente, para todos os itens abaixo

#### Elementos do exame neurológico

#### Resultados

	1º exame	2º exame
Coma aperceptivo	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Pupilas fixas e arreativas	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo córneo-palpebral	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexos oculocefálicos	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexos de tosse	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Apnéia	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO

### C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS – (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante)

2- PRIMEIRO EXAME  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
 NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_  
 END: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA: \_\_\_\_\_

1- PRIMEIRO EXAME  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
 NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_  
 END: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### D. EXAME COMPLEMENTAR – Indicar o exame realizado a anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral	2. Cintilografia Radioisotópica	3. Doppler Transcraniano	4. Monitorização da pressão intracraniana	5. Tomografia computadorizada com Xenônio
6. Tomografia por emissão de foton único	7. EEG	8. Tomografia por emissão de positrons	9. Extração Cerebral de oxigênio	10. Outros (Citar)

## ANEXO 06: Ficha de cadastro do paciente



### Comissão de Busca Ativa de Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital Nossa Senhora da Conceição

#### Ficha Cadastro do Paciente:

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Causa do Óbito: \_\_\_\_\_

Data do óbito \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_

#### **Dados do Entrevistado**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nº Doc. Identidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com o Paciente: \_\_\_\_\_

**ANEXO 06: Ficha de cadastro do paciente**

Grau de instrução do  
entrevistado: \_\_\_\_\_

**Entrevista:**

Data: \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

**OBS:**

## ANEXO 07: Ato de doação de órgãos

<b>GHC</b>	<b>GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO</b>		
	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.	CNPJ 92 787 180001 20 - Av. Francisco Thom. 505 - F.341-1300 - Porto Alegre - RS - CEP 91350-200	
	HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO	(Instituto Paralelo ao Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)	
	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.	CNPJ 92 787 1250001 70 - Rua Domingos Pálido, 20 - F.301-3095 - Porto Alegre - RS - CEP 91089-000	
HOSPITAL FÉBINA S.A.	CNPJ 92 693 1245001 03 - Rua Mostardero, 17 - F.301-5835 - Porto Alegre - RS - CEP 91430-011		
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 93.244/90			

### ATO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS Documento Para Remoção de Órgãos Humanos

O presente documento tem o objetivo de registrar a espontaneidade do ato de doação, portanto somente deverá ser assinado após esclarecidas todas as dúvidas que dizem respeito ao procedimento.

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_  
Carteira Profissional : \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome completo)

(nacionalidade) \_\_\_\_\_ (estado civil) \_\_\_\_\_  
residente à rua \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_  
(endereço completo)

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Na qualidade de \_\_\_\_\_ do(a) paciente \_\_\_\_\_  
(parentesco)

\_\_\_\_\_ (nome do paciente em morte cerebral)

Internado no Hospital \_\_\_\_\_ sob registro, n.º: \_\_\_\_\_ e  
tendo sido informado que o mesmo encontra-se em morte cerebral, sem qualquer indução ou  
coação, de livre e espontânea vontade \_\_\_\_\_ a equipe médica deste  
(autorizo ou não autorizo)

Hospital a efetuar a remoção de \_\_\_\_\_, que serão  
(órgãos a serem transplantados ou múltiplos órgãos)  
posteriormente transplantados em outra pessoa que necessite de tal providência, nos termos  
da Lei n.º 3.494 publicada em 04 de fevereiro de 1997, que regulamenta a matéria.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
(n.º do Doc. Identidade)

Testemunhas que acompanharam o diagnóstico de Morte Cerebral.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

