

Marceli Koerich

**VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE COMISSÕES INTRA-  
HOSPITALARES DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA  
TRANSPLANTE: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde

Orientador: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Florianópolis  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

Koerich, Marcieli

Vivência dos profissionais de comissões intra hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante: potencialidades e fragilidades / Marcieli Koerich ; orientadora, Eliane Regina Pereira do Nascimento, 2018.

140 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

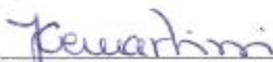
1. Enfermagem. I. do Nascimento, Eliane Regina Pereira . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Marcieli Koerich

**VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE COMISSÕES INTRA-  
HOSPITALARES DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA  
TRANSPLANTE: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Enfermagem”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Florianópolis, 22 de maio de 2018.



---

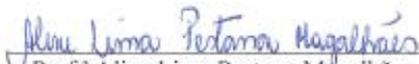
Prof.<sup>a</sup> Jussara Gue Martini, Dr.<sup>a</sup>  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**



---

Prof.<sup>a</sup> Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dr.<sup>a</sup>  
Orientadora Universidade Federal de Santa Catarina



---

Prof.<sup>a</sup> Aline Lima Pestana Magalhães, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina



---

Prof.<sup>a</sup> Ângela Maria Alvarez, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico este trabalho a minha querida mãe, **Luzia**, exemplo de mulher humilde, batalhadora, minha base, que sempre me apoiou com muito amor.



## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS, que me dá forças e coragem para enfrentar as dificuldades, fé para superar e nunca desistir.

À **minha família**, minha base, minha fortaleza, sempre presente e unida, que me proporciona momentos de amor e carinho.

Ao meu esposo, **Diogo Patrick Scherer**, agradeço imensamente pelo companheirismo compreensivo, pelo amor e apoio incondicionais.

À minha orientadora, **Dra Eliane Regina Pereira do Nascimento**, a minha gratidão pela sua disponibilidade dispensada em todas as etapas dessa pesquisa, pelos ensinamentos, paciência e compreensão.

À Banca Examinadora, **Prof<sup>a</sup>. Dra Neide da Silva Knih**, **Prof<sup>a</sup>. Dra Ângela Maria Alvarez**, **Prof<sup>a</sup>. Dra Aline Lima Pestana Magalhães** e **Dda Sabrina Guterres da Silva**, o meu muito obrigado pela disponibilidade em participar e pelas contribuições para este estudo.

Aos enfermeiros e médicos participantes deste estudo, o meu muito obrigado pela pronta disponibilidade e pela confiança que depositaram em mim.

À minha amiga e colega de trabalho, **Mirela Schmidt Virgílio**, a minha gratidão por ter sido um das motivadoras para eu seguir nessa caminhada, sempre disposta a ouvir minhas lamentações, dúvidas.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que não foram citadas, mas que de forma direta ou indireta, também contribuíram para que esse trabalho chegasse ao final. O meu muito obrigada, de coração



KOERICH, Marieli. **Vivência dos profissionais de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: potencialidades e fragilidades.** 2018. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

**Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento**

## RESUMO

A existência e o funcionamento das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante contribuem para que todas as etapas do processo de doação sejam bem executadas, o que otimiza a qualidade dos órgãos ofertados e contribui para a efetivação do maior número possível de doadores. Sendo assim, objetivou-se compreender as vivências dos profissionais de hospitais públicos da região da Grande Florianópolis que participam da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, que contou com a participação de 20 profissionais, membros das comissões, de três Instituições Hospitalares da região sul do Brasil. Os dados foram coletados em junho e julho de 2017 por meio de entrevista semi-estruturada, organizados e analisados com a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Dos 20 participantes, seis são médicos e 14 enfermeiros. Foram construídos 37 discursos do sujeito coletivo, dos quais nove estão presentes com análise e discussão em dois manuscritos. O primeiro manuscrito teve como objetivo identificar quais os elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante segundo os profissionais das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e apresenta três Idéias Centrais que retratam os elementos facilitadores: Presença de profissionais membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante que atuam em Terapia Intensiva e Unidade de Emergência; Suporte e apoio eficiente da Central Estadual de Transplantes e Coordenação da Comissão ativa e resolutiva. No segundo manuscrito os objetivos foram: conhecer as principais dificuldades identificadas pelos profissionais das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante no processo de doação de órgãos e tecidos e quais as sugestões dos profissionais da Comissão para a melhoria no processo de doação. Emergiram quatro Ideias Centrais como: Falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o processo de doação; Dificuldade na logística dos exames clínicos e complementares para

diagnóstico de morte encefálica; Falta de leitos de Terapia Intensiva para pacientes em morte encefálica e Falta de acolhimento e assistência à família do Potencial Doador pelos profissionais de saúde. Em relação às sugestões que podem contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, emergiram nos discursos duas Ideias Centrais: Educação continuada para os profissionais de saúde e divulgação da Comissão e Conscientização da população a respeito da doação de órgãos. Entende-se que a efetividade da doação de órgãos e tecidos depende da rapidez e precisão com que o processo de doação se conduz e, para que isso ocorra, necessita-se de estrutura adequada, com recursos físicos e materiais apropriados e recursos humanos capacitados, bem como a educação continuada para os profissionais de saúde. Também se faz necessário que o poder público inclua atividades educativas nas políticas de atenção a saúde, destinados a população a fim de esclarecer à comunidade acerca de morte encefálica e incentivar a discussão nas famílias sobre doação.

**Palavras-chave:** Obtenção de tecidos e órgãos. Enfermagem. Transplante de Órgãos. Pesquisa Qualitativa. Morte encefálica.

**KOERICH, Marcieli. Experience of the professionals of Intra-Hospital Commissions of Organ and Transplant Tissue Donation: potentialities and weaknesses.** 2018. 140p. Dissertation (Master in Nursing) - Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

**Supervisor: Eliane Regina Pereira do Nascimento, PhD**

## **ABSTRACT**

The existence and functioning of the Intra-Hospital Organ Donation and Transplant Tissue Commissions contribute to the successful execution of all stages of the donation process, which optimizes the quality of the organs offered and contributes to the effective implementation of as many donors. Thus, the objective was to understand the experiences of the professionals of public hospitals in the region of Greater Florianópolis that participate in the Intra-Hospital Commission of Donation of Organs and Tissues for Transplantation. This is a descriptive, qualitative study, with the participation of 20 professionals, members of the commissions, from three Hospital Institutions in the southern region of Brazil. The data were collected in June and July of 2017 through a semi-structured interview, organized and analyzed using the collective subject discourse methodology. Of the 20 participants, six are doctors and 14 are nurses. 37 discourses of the collective subject were constructed, of which nine are present with analysis and discussion in two manuscripts. The first manuscript aimed to identify the facilitators in the process of donating organs and tissues for transplantation according to the professionals of the Intra-Hospital Commissions of Organ and Transplant Tissue Donation and presents three Central Ideas that portray the facilitating elements: Presence of professional members of the Intra-Hospital Commission of Organ Donation and Tissues for Transplantation that work in Intensive Care and Emergency Unit; Support and efficient support from the State Central Transplantation and Coordination of the active and resolving Commission. In the second manuscript the objectives were: to know the main difficulties identified by the professionals of the Intra-Hospital Commissions of Organ Donation and Tissue for Transplantation in the process of organ and tissue donation and what the suggestions of the professionals of the Commission for the improvement in the process of donation . Four Central Ideas emerged as: Lack of knowledge and awareness of health professionals about the donation process; Difficulty in the logistics of clinical and complementary exams to diagnose brain

death; Lack of Intensive Care beds for patients in brain death and Lack of shelter and assistance to the family of the Donor Potential by health professionals. With regard to the suggestions that may contribute to a better implementation of the organ and tissue donation process for transplants, two central ideas emerged in the speeches: Continuing education for health professionals and dissemination of the Commission and Awareness of the population regarding organ donation. It is understood that the effectiveness of donating organs and tissues depends on the speed and accuracy with which the donation process is conducted, and for this to happen, a proper structure is needed, with appropriate physical and material resources and trained human resources, as well as continuing education for health professionals. It is also necessary that the public power include educational activities in health care policies, aimed at the population in order to enlighten the community about brain death and encourage discussion in families about donation.

**Keywords:** Obtaining tissues and organs. Nursing. Organ transplantation. Qualitative research. Encephalic death.

KOERICH, Marcieli. **Vivencia de los profesionales de Comisiones Intra-Hospitalarias de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante: potencialidades y debilidades.** 2018. 140f. Disertación (Maestría em Enfermería Nursing) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.  
Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

## **RESUMEN**

La existencia y el funcionamiento de las Comisiones Intra-Hospitalarias de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante contribuyen a que todas las etapas del proceso de donación sean bien ejecutadas, lo que optimiza la calidad de los órganos ofertados y contribuye a la efectividad del mayor número posible de los donantes. Siendo así, se objetivó comprender las vivencias de los profesionales de hospitales públicos de la región de la Grande Florianópolis que participan en la Comisión Intra-Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, que contó con la participación de 20 profesionales, miembros de las comisiones, de tres Instituciones Hospitalarias de la región sur de Brasil. Los datos fueron recolectados en junio y julio de 2017 por medio de entrevista semiestructurada, organizados y analizados con la metodología del discurso del sujeto colectivo. De los 20 participantes, seis son médicos y 14 enfermeros. Se construyeron 37 discursos del sujeto colectivo, de los cuales nueve están presentes con análisis y discusión en dos manuscritos. El primer manuscrito tuvo como objetivo identificar cuáles elementos facilitadores en el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante según los profesionales de las Comisiones Intra-Hospitalarias de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante y presenta tres Ideas centrales que retratan los elementos facilitadores: profesionales miembros de la Comisión Intra-Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante que actúan en Terapia Intensiva y Unidad de Emergencia; Apoyo y apoyo eficiente de la Central Estatal de Trasplantes y Coordinación de la Comisión activa y resolutive. En el segundo manuscrito los objetivos fueron: conocer las principales dificultades identificadas por los profesionales de las Comisiones Intra-Hospitalarias de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante en el proceso de donación de órganos y tejidos y cuáles las sugerencias de los profesionales de la Comisión para la mejora en el proceso de donación . Emergieron cuatro Ideas Centrales como: Falta de conocimiento y sensibilización de los profesionales de salud sobre el proceso de

donación; Dificultad en la logística de los exámenes clínicos y complementarios para diagnóstico de muerte encefálica; Falta de camas de Terapia Intensiva para pacientes en muerte encefálica y Falta de acogida y asistencia a la familia del Potencial Donante por los profesionales de salud. En cuanto a las sugerencias que pueden contribuir a una mejor efectividad en el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplantes, surgieron en los discursos dos ideas centrales: Educación continuada para los profesionales de salud y divulgación de la Comisión y Concientización de la población acerca de la donación de órganos . Se entiende que la efectividad de la donación de órganos y tejidos depende de la rapidez y precisión con que el proceso de donación se conduce y, para que eso ocurra, se necesita de estructura adecuada, con recursos físicos y materiales apropiados y recursos humanos capacitados, así como la educación continuada para los profesionales de la salud. También se hace necesario que el poder público incluya actividades educativas en las políticas de atención a la salud, destinadas a la población a fin de esclarecer a la comunidad acerca de muerte encefálica e incentivar la discusión en las familias sobre donación.

**Palabras clave:** Obtención de tejidos y órganos. Enfermería. Trasplante de Órganos. Búsqueda cualitativa. Muerte encefálica.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Organização do Sistema Nacional de Transplantes.....	30
Figura 2 – Etapas do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.....	38



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e profissional dos participantes.....	66
Tabela 2 – Ideias Centrais referentes à percepção da atuação dos profissionais membros da CIHDOTT.....	104
Tabela 3 – Ideias Centrais referentes à atuação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.....	105
Tabela 4 – Ideias Centrais referentes às dificuldades encontradas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.....	107
Tabela 5 – Ideias Centrais referentes às intervenções realizadas pela CIHDOTT frente às dificuldades encontradas.....	112
Tabela 6 – Ideias Centrais referentes aos elementos facilitadores para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.....	115
Tabela 7 – Ideias Centrais referentes às ações que poderia contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.....	119

### MANUSCRITO I

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e profissional dos participantes.....	71
Tabela 2 – Ideias Centrais referentes os elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.....	72

### MANUSCRITO II

Tabela 1 – Ideias Centrais referentes aos fatores negativos para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.....	87
Tabela 2 – Ideias Centrais referentes às ações que poderiam contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.....	95



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
AC	Ancoragem
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CET	Central Estadual de Transplante
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CNT	Central Nacional de Transplantes
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTN	Câmeras Técnicas Nacionais
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EChs	Expressões-Chave
GAE	Grupo de Assessoramento Estratégico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotípico da Célula Humana
IC	Ideia Central
MDSNC	Medicamentos Depressores do Sistema Nervoso Central
ME	Morte Encefálica
OPO	Organizações de Procura de Órgãos
PD	Potencial Doador
Pmp	por milhão de pessoas
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	28
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>2</b>	<b>SUSTENTAÇÃO</b>
<b>TEÓRICA.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TRANSPLANTES NO BRASIL.....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Sistema Nacional de Transplante.....	31
2.1.2 Central Estaduais de Transplantes.....	32
2.1.3 Organização de Procura de Órgãos e Tecidos.....	34
2.1.4 Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.....	35
2.2 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E A IMPORTÂNCIA DA CIHDOTT PARA A SUA EFETIVAÇÃO.....	37
2.2.1 Identificação do Potencial doador.....	38
2.2.2 Diagnóstico da Morte Encefálica.....	40
2.2.3 Avaliação e validação do potencial doador.....	44
2.2.4 Manutenção do potencial doador .....	47
2.2.5 Entrevista familiar.....	50
2.2.6 Logística no processo de doação.....	53
2.2.7 Coordenação da sala cirúrgica.....	54
2.3 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE DOAÇÃO.....	55
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>58</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	58
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	58
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	61
3.4 COLETA DE DADOS.....	61
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	62
3.6 IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	63
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
4.1 MANUSCRITO 01.....	67
4.2 MANUSCRITO 02.....	81
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>120</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (Entrevista).....</b>	<b>131</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de autorização para gravação de voz.....</b>	<b>133</b>

<b>APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados (Entrevista).....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO A: Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>138</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo doação é definido como um conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em um doador efetivo (MATTIA et al., 2010), exige o envolvimento de vários agentes e ações na assistência ao potencial doador pelos profissionais de saúde, visando a manutenção hemodinâmica e viabilidade dos órgãos para transplante e a relação com os familiares que vivenciam a dor da perda e, ainda, tomam a decisão de doar, ou não, os órgãos (ARAÚJO; MASSAROLO, 2014).

Sendo assim, este complexo processo se inicia na sociedade, de onde provêm as doações no momento da morte encefálica, e retorna para ela, quando há o benefício para um ou mais receptores. Na instituição hospitalar, inicia-se pela detecção do potencial doador, devendo ser realizada no local onde o paciente encontra-se internado (ARAUJO et al., 2011).

A fim de organizar o processo de doação dentro das instituições hospitalares e assim ampliar os avanços já obtidos na captação de órgãos e tecidos na realização de transplantes, passa a ser exigência, o efetivo funcionamento de uma Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes como exigência para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II e III, estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, e para inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, nos tipos I, II e III, fixadas pela Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999 (BRASIL, 2000).

Desde então, a Comissão, no âmbito hospitalar, passa a organizar e coordenar o processo de doação de órgãos, articulando-se com as equipes assistenciais na verificação de morte encefálica (ME) e na manutenção do Potencial Doador (PD) e a coordenar o processo de abordagem dos familiares do PD, articulando-se com a respectiva Central Estadual de Transplantes (CET) (BRASIL, 2000). As CET coordenam as atividades de transplante em âmbito Estadual e atuam junto aos estabelecimentos de saúde por meio das Comissões Intra-hospitalares constituindo uma rede de regulação e apoio aos serviços de cuidados emergenciais, intensivos e administrativos (BRASIL, 2009).

Mais tarde, com a Portaria GM/MS nº 1.752 de 2005, a Comissão Intra-Hospitalar de Transplante passa a ser denominada Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). A portaria determina que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos constituam uma

CIHDOTT. As atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos à CIHDOTT foram aprovados em Regulamento Técnico pela Portaria GM/MS nº 1.262 de 2006 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006). Em 21 de outubro de 2009, a Portaria 2.600 GM/MS, aprova o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes, regulamentando os serviços das CIHDOTT nas instituições hospitalares.

As CIHDOTTs têm papel fundamental na efetivação do processo de doação. São responsáveis por organizar o hospital para que seja possível detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos dentro da instituição. O profissional em uma CIHDOTT acompanha os casos de morte encefálica desde a busca ativa dos pacientes em coma, escore três na escala de coma de Glasgow, até a efetivação ou não do potencial doador. Isso facilita o acolhimento familiar, garante o direito de decisão da família em relação à doação de órgãos e tecidos e melhora a rotatividade de leitos hospitalares (SILVA et al., 2016).

Os membros da Comissão de Doação não devem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica. O coordenador deverá passar por curso de formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante com carga horária mínima de 24 horas (BRASIL, 2006).

Em Santa Catarina, grande parte das CIHDOTTs do estado é composta por médicos e enfermeiros. A participação do enfermeiro no processo de doação é fundamental para a otimização da questão dos transplantes nos âmbitos da CIHDOTT, uma vez que este atua na maioria das etapas do processo de doação. Tem papel importante para a melhoria do cuidado ao paciente em ME, já que assiste ao paciente 24 horas por dia. Sua atuação no processo de doação é regulamentada pela Resolução nº 292 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e tem a responsabilidade de gerir todo o processo de doação, da identificação do potencial doador, à entrega do corpo a família (COFEN, 2004).

Dados apresentados num estudo de Silva et al. (2016) mostraram que a presença de um coordenador de doadores de órgãos e tecidos (enfermeiro especialista) dentro da instituição hospitalar é benéfica e socialmente promissora. Observou-se uma clara melhoria no número de notificações de morte encefálica após a implementação do projeto de coordenação intra-hospitalar para doação de órgãos e tecidos. Esses resultados crescentes apresentados em números de notificação da morte encefálica e doadores efetivos podem ser explicados pelas intervenções educacionais e estruturais aplicadas pelos enfermeiros

especializados, tais como a formação do pessoal hospitalar, introdução de registros institucionais específicos para gerir o processo de doação de órgãos, e implementação de prescrições médicas padronizadas baseadas em evidência para a manutenção do potencial doador de órgãos.

Santa Catarina é um Estado com quase sete milhões de habitantes, com 16 mil leitos hospitalares e mais de mil leitos de Terapia Intensiva, com dois centros transplantadores em Florianópolis e cinco no interior. Dispõe de CET bem estruturada, que constitui em uma rede de regulação e apoio às CIHDOTT durante o processo de doação dentro da unidade hospitalar, sendo responsável pela capacitação dos profissionais da CIHDOTT, oferecendo cursos e encontros estaduais entre as CIHDOTTs de Santa Catarina (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2017).

No estado, 28 Instituições Hospitalares contam com Comissões Intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos. Santa Catarina realiza transplantes de Córnea, Esclera, Coração, Válvula Cardíaca, Fígado, Rim, Pâncreas, Conjugado Rim/Pâncreas, Medula Óssea Autólogo, Tecido Ósteo-Condro-Fásquio-Ligamentoso, sendo o Estado que lidera por vários anos o número de doadores efetivos pmp (por milhão de pessoas). No ano de 2017, teve 282 doações efetivadas de 568 notificações de pacientes em morte encefálica, correspondendo a 50% de doação do número de notificação. O maior número de doadores tinham idade entre 50 a 64 anos (96 doadores), sendo que a causa da morte de maior incidência foi o acidente vascular cerebral (154 doadores). Em dezembro de 2017 haviam 559 pessoas na lista de espera (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2017).

Para que se consiga um aumento no número de doadores efetivos e assim diminuir a fila de pessoas que esperam por um órgão, os profissionais devem estar comprometidos com o processo, ter conhecimento técnico e científico a cerca da morte encefálica, habilidades técnicas e humanas para lidar com as questões envolvidas, a implementação de protocolos para realização de testes diagnósticos e, principalmente, sensibilidade para abordar os familiares. Como também a sua pronta notificação às centrais estaduais, assegurando que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos e morais (CAPPELLARO, et al., 2014).

A existência e o funcionamento da CIHDOTT se faz necessária, tanto para favorecer a identificação precoce dos potenciais doadores, para implementar protocolos para realização de testes diagnósticos, comprovar a existência de morte encefálica e notificá-la, quanto para garantir a sensibilização e uma abordagem mais adequada

das famílias, já que tem como um dos objetivos, proporcionar ao familiar do potencial doador uma visão positiva sobre a doação de órgãos, sendo um multiplicador do processo independente da doação positiva (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013; LADESSA; SILVA; OLIVEIRA, 2015). Sendo assim, a participação e o esforço no processo de doação e captação de órgãos, se dará por meio do trabalho desenvolvido pela CIHDOTT e, especialmente, pela participação do hospital, com suas respectivas equipes médicas, das escalas estabelecidas pela CET para a retirada de órgãos (BRASIL, 2000).

A participação e o compromisso dos profissionais de saúde na identificação precoce dos possíveis doadores e o consentimento favorável à doação de órgãos pelas famílias também são cruciais para a otimização dos transplantes. Nesse contexto, a CIHDOTT deverá promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição e articular-se com os profissionais de saúde, encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, especialmente os das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte (BRASIL, 2006).

Estudos apontam algumas dificuldades vivenciadas pela CIHDOTT no processo de doação, dentre elas a falta de engajamento dos profissionais em relação ao processo de doação, o preconceito com os possíveis doadores, a demora nos testes de confirmação de ME e a falta de recursos humanos e materiais (MATTIA ET AL., 2010; MARTÍNEZ; MEDINA; IBARRA, 2013; LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013; CAVALCANTE, et al., 2014; SOUZA et al. 2014; NOGUEIRA et al., 2015). Sendo assim, a CIHDOTT tem como dever, motivar a equipe multiprofissional a engajarem nesse compromisso com o processo de doação, promovendo programa de educação continuada a todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos e da importância do acolhimento familiar (BRASIL, 2006).

Enfim, a doação e alocação de órgãos é um processo trabalhoso e delicado que depende do crédito da população no sistema de transplantes e do comprometimento dos profissionais de saúde no diagnóstico e notificação de morte encefálica (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015).

O interesse pela temática, doação de órgãos e tecidos, se deu a partir das experiências/vivências durante a trajetória profissional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no cuidado ao paciente potencial

doador em ME e no trabalho conjunto com profissionais da CIHDOTT. Os coordenadores do processo de doação desempenham um papel importante no sucesso ou fracasso das doações e transplante de órgãos. No entanto, as perspectivas e práticas desses profissionais têm sido pouco exploradas.

A inquietação para elaborar a proposta de estudo, foi ainda fomentada após análise do artigo de Arcanjo e seus colaboradores (2013) que apontaram lacunas na produção do conhecimento no que diz respeito à necessidade de ampliar os estudos sobre a percepção dos profissionais envolvidos com a temática doação de transplante de órgãos e também a escassez de estudos que mostrem como se dá a vivência desses profissionais, membros de CIHDOTTs, na sua prática.

Considerando que a existência e o funcionamento das CIHDOTT contribuem de maneira significativa na captação de órgãos no cenário nacional, juntamente com a atuação do Ministério da Saúde, dos governos estaduais e das entidades médicas em todo o processo de doação e transplantes, faz-se necessário ampliar os estudos sobre a vivência dos profissionais que atuam nas CIHDOTT.

Sendo assim, este estudo, ao retratar a vivência desses profissionais, estará promovendo reflexões sobre o processo de trabalho em doação e transplantes de órgãos no contexto das CIHDOTTs, podendo potencializar as ações da mesma e assim auxiliar no processo de busca pelo melhor desempenho da Comissão. A exposição das potencialidades e fragilidades do serviço poderá subsidiar aos gestores em doação e transplantes de órgãos e gestores hospitalares, para medidas de intervenção com consequente melhora na efetivação do serviço destas comissões. Considera-se que este estudo também poderá oferecer subsídios que norteiem as práticas de ensino e assistência nessa especialidade, bem como enriquecer a produção científica da enfermagem e da saúde nessa área do conhecimento.

Frente a essas considerações iniciais, o estudo teve como questionamento: *Como os profissionais atuantes nas Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes vivenciam o processo de doação de órgãos e tecidos?*

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as vivências de profissionais que participam da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como os profissionais da CIHDOTT percebem sua atuação no processo de doação de órgãos e tecidos.
- Identificar as potencialidades elencadas pelos profissionais da CIHDOTT no processo de doação de órgãos e tecidos.
- Conhecer as principais dificuldades identificadas pelos profissionais da CIHDOTT no processo de doação de órgãos e tecidos.
- Conhecer as sugestões dos profissionais da CIHDOTT para a melhoria no processo de doação.

## 2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentado o resgate da literatura, sobre a organização dos serviços de transplantes no Brasil, incluindo legislação, o processo de doação de órgãos e transplantes no Brasil, a inserção da CIHDOTT nas Unidades hospitalares no Brasil e a atuação da equipe multiprofissional, a fim de dar sustentação a realização deste estudo e evidenciar sua importância diante do atual cenário de saúde. Para esse resgate foram consultados aleatoriamente artigos científicos, portarias, leis, decretos e sites governamentais.

### 2.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TRANSPLANTES NO BRASIL

Atualmente a lei específica em vigor no Brasil, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, é a lei nº 9.434 de fevereiro de 1997. Permite a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento e trata das sanções penais e administrativas em situações de desacordos com o disposto na lei (BRASIL, 1997).

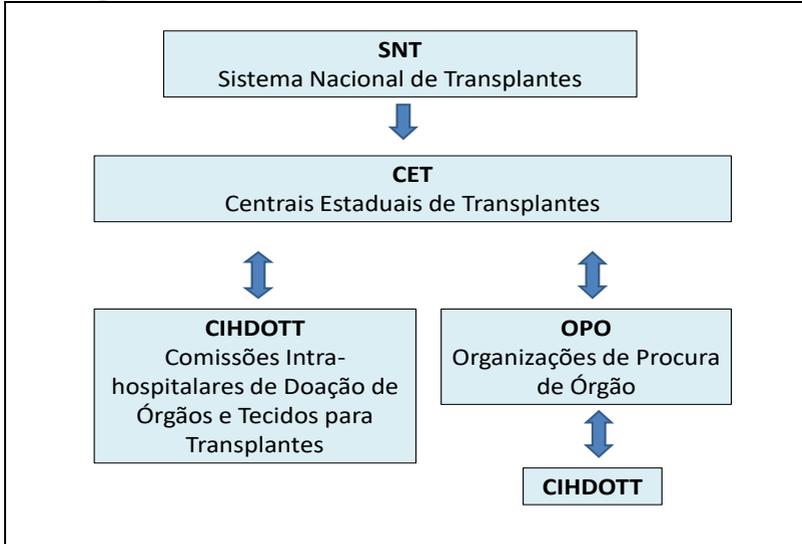
Essa lei vem experimentando algumas alterações que se fazem necessárias em razão do dinamismo das ciências médicas, principalmente as relacionadas com os transplantes humanos. O novo decreto presidencial nº 9.175 de 2017, regulamentou a lei nº 9.434 e trouxe consideráveis mudanças no texto original (Brasil, 2017).

Com esse novo decreto, ficou definitivamente descartada a “doação presumida”, que representava a manifestação de vontade da pessoa em doar seus órgãos *post mortem*, devidamente anotado em sua Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação, alterada pela Lei 10.211 de 2001, como constava no Decreto anterior que regulamentava a lei de doação de órgãos. Hoje prevalece, definitivamente, a vontade da família para autorizar a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, após a morte, para fins de transplante, compreendendo aqui a pessoa do cônjuge, companheiro ou de parente consanguíneo, maior e juridicamente capaz, na linha reta ou colateral, até o segundo grau, materializado na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando se tratar de incapaz falecido, o documento será assinado por ambos os pais, se vivos, ou do detentor do poder familiar exclusivo, da tutela ou curatela (BRASIL, 2017).

Outra alteração, ainda nesse decreto, foi à exclusão de um médico neurologista para decretar a morte encefálica. Agora os médicos capacitados e integrantes da equipe especializada poderão fazer o diagnóstico com base nos critérios definidos em resolução pelo Conselho Federal de Medicina. Também foi eliminada a necessidade de expressa comunicação ao Ministério Público da comarca do doador pelo médico, antes do procedimento cirúrgico. Caberá, agora, ao próprio médico estar atento a eventuais fraudes ou simulações, comunicando, quando for o caso, ao Ministério Público ou aos órgãos competentes (BRASIL, 2017).

O processo de doação de órgãos e transplantes no Brasil é organizado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), no âmbito nacional, e a nível estadual pelas Centrais Estaduais de Transplantes (CET), pelas Organizações de Procura de Órgãos (OPO) e pelas Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017)), como mostra a figura 1.

Figura 1- Organização do Sistema Nacional de Transplantes. Florianópolis. Brasil, 2017



Elaborado pela autora, 2017

## 2.1.1 Sistema Nacional de Transplantes

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) foi criado pelo Decreto nº 2.268 de 30 de junho de 1997, hoje revogado pelo Decreto 9.175 de 18 de outubro de 2017, como entidade responsável pelo controle e monitoramento do processo de doação de órgãos e tecidos e transplantes realizados no país, com o objetivo de desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos (BRASIL, 2014).

De acordo com o Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017, integram o SNT, o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, as secretarias de saúde dos municípios, as Centrais Estaduais de Transplantes (CET), a Central Nacional de Transplantes (CNT); as estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; as estruturas especializadas no processamento para preservação ex-situ de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; os estabelecimentos de saúde transplantadores e as equipes especializadas; e a rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes (BRASIL, 2017).

As atribuições do SNT incluem ações de gestão política, promoção da doação, logística, credenciamento das equipes e hospitais para a realização de transplantes, definição do financiamento e elaboração de portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados (BRASIL, 2014).

A atuação do SNT tem-se concentrado, sobretudo, na redução do tempo de espera dos pacientes na lista de transplantes e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que hoje aguardam pelo procedimento. O Brasil tem hoje o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual cerca de 95% dos procedimentos e cirurgias são feitos com recursos públicos. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece assistência integral ao paciente transplantado (BRASIL, 2014).

Em 2009 a Portaria GM/MS nº 2.600, aprova o Regulamento Técnico do SNT, sendo obrigatória a observância do disposto para o desenvolvimento de toda e qualquer atividade relacionada à utilização de células, tecidos, órgãos ou partes do corpo para fins de transplante em todo o território nacional (BRASIL, 2009).

As funções de órgão central do Sistema Nacional de Transplantes serão exercidas pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes – CGSNT e

para o exercício das funções que competem ao órgão central do SNT, a CGSNT será assistida por Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE) e estas serão assessoradas tecnicamente pelas Câmaras Técnicas Nacionais (CTNs). Para execução das atividades de coordenação de logística e distribuição de órgãos e tecidos no processo de doação/transplante em âmbito nacional, a CGSNT contará com a Central Nacional de Transplantes (BRASIL, 2009).

### **2.1.2 Centrais Estaduais de Transplantes (CET)**

As secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios ou órgãos equivalentes, para que se integrem ao SNT, deverão instituir, na respectiva estrutura organizacional, unidade com o perfil e as funções enumeradas a seguir, unidade esta que compõe as Centrais Estaduais de Transplantes (CET) (BRASIL, 2014). Estados e o Distrito Federal que possuam em seu território equipes especializadas e estabelecimentos de saúde autorizados para realizar diagnóstico de morte encefálica, retirada de órgãos e tecidos, e transplantes e enxertos deverão contar com uma CET (BRASIL, 2014).

O Coordenador da CET deverá ser preferencialmente médico e, em caso de indicação de Coordenador com outra habilitação profissional, deverá ser, obrigatoriamente, designado um médico para o cargo de Responsável Técnico pela CET. É vedada a designação para os cargos de Coordenador Estadual de Transplantes, de Coordenador da CET Estadual ou Distrital ou de Responsável Técnico da CET, de qualquer membro integrante em atividade de equipe especializada habilitada à retirada e/ou realização de transplantes ou de equipe técnico administrativa de Bancos de Tecidos Humanos (BRASIL, 2009).

Segundo o Art. 8º do Decreto 9.175 de 2017, são atribuições da CET: organizar, coordenar e regular as atividades de doação e transplante em seu âmbito de atuação; gerenciar os cadastros técnicos dos candidatos a receptores de tecidos, células, órgãos e partes do corpo humano, inscritos pelas equipes médicas locais, para compor a lista única de espera nos casos em que se aplique; receber as notificações de morte que enseje a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes, ocorridas em seu âmbito de atuação; gerenciar as informações referentes aos doadores e mantê-las atualizadas; determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano ao estabelecimento de saúde autorizado para o transplante ou o enxerto onde se encontrar o receptor, observadas as instruções ou as normas complementares

expedidas na forma do art. 46; notificar a CNT quanto a não utilização de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano pelos receptores inscritos em seus registros, para fins de disponibilização para o receptor subsequente, entre aqueles relacionados na lista única de espera.

São também atribuições da CET, encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em seu âmbito de atuação; controlar, avaliar e fiscalizar as atividades de que trata este Decreto em seu âmbito de atuação; definir, em conjunto com o órgão central do SNT, parâmetros e indicadores de qualidade para avaliação dos serviços transplantadores, laboratórios de histocompatibilidade, bancos de tecidos e organismos integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano; elaborar o Plano Estadual de Doação e Transplantes, de que trata o Capítulo VII; aplicar as penalidades administrativas nas hipóteses de infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997, observado o devido processo legal e assegurado ao infrator o direito de ampla defesa; suspender cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, o estabelecimento e/ou a equipe especializada para apurar infração administrativa ou ato ilícito praticado no processo de doação, alocação ou transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano (BRASIL, 2017).

Cabe ainda as Centrais Estaduais de Transplantes, comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no art. 21 da Lei nº 9.434, de 1997, e, caso necessário, procederá ao cancelamento da autorização concedida; requerer ao órgão central do SNT a suspensão ou o cancelamento da autorização da equipe ou do profissional que desrespeitar a ordem da lista única de espera de receptores; e acionar o Ministério Público e outras instituições públicas competentes para informar a prática de ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua competência. O gerenciamento dos cadastros técnicos dos candidatos a receptores de que trata o inciso II do caput será realizado mediante o fornecimento e a manutenção dos dados necessários à localização do candidato a receptor, a indicação do procedimento, os consentimentos necessários e as características do receptor determinantes para a verificação da compatibilidade do seu organismo com o enxerto ofertado, de modo a permitir a sua rápida alocação. O Município considerado pólo de região administrativa poderá solicitar à CET a instituição de Central de Transplante Regional, que ficará vinculada e subordinada à referida CET, nos termos definidos em ato do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Competem exclusivamente às CET as atividades relacionadas ao gerenciamento do cadastro de potenciais receptores, recebimento das notificações de mortes encefálicas, promoção da organização logística e distribuição dos órgãos e/ou tecidos removidos na sua área de atuação (BRASIL, 2009).

A CET deverá atuar junto aos estabelecimentos de saúde por meio das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos e as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, constituindo uma rede de regulação e apoio aos serviços de cuidados intensivos, emergências e administrativos (BRASIL, 2009).

A CET deverá determinar as diretrizes nas diversas etapas do processo de doação de órgãos e tecidos, estabelecendo diretrizes de funcionamento, mapeando a necessidade de novas organizações de busca e participando ativamente da formação, capacitação, habilitação e educação permanente de seus profissionais (BRASIL, 2009).

### **2.1.3 Organização de Procura de Órgãos e Tecidos**

As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, em conformidade com a avaliação da respectiva CET, estão autorizadas a criar Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO). As OPOs eventualmente criadas deverão se reportar à respectiva CET e atuar em parceria com as CIHDOTT dos hospitais localizados na sua área de atuação (BRASIL, 2009).

Entende-se por OPO, conforme a Portaria GM/MS nº 2.601, de 21 de outubro de 2009, o organismo com papel de coordenação supra-hospitalar, responsável por organizar e apoiar, no âmbito de sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos (BRASIL, 2009).

A OPO deve ter seus limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais, bem como atuar de forma regionalizada para a detecção e demais procedimentos de viabilização de potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes, podendo a CET delegar à OPO o apoio e a organização necessários à execução dos processos de doação de órgãos, na sua área geográfica de atuação (BRASIL, 2009).

A OPO deverá contar, obrigatoriamente, com pelo menos um médico coordenador, além de enfermeiros e agentes administrativos de nível médio, devendo todos os seus profissionais de nível superior possuir experiência comprovada em áreas de cuidados de pacientes críticos, diagnóstico de morte encefálica, triagem de doadores e entrevista com familiares de potenciais doadores (BRASIL, 2009).

A OPO tem como objetivo exercer atividades de identificação, manutenção e captação de potenciais doadores para fins de transplantes de órgãos e tecidos no âmbito de sua atuação. Também divulga a política de transplantes de modo a conscientizar progressivamente a comunidade sobre sua importância, e tem interação permanente com as áreas potenciais de doação e equipes de transplantes, trabalhando sempre em parceria com as CIHDOTT. A OPO poderá exercer as competências da CIHDOTT do estabelecimento de saúde onde eventualmente estiver sediada e todas as atribuições comuns da OPOs e da CIHDOTTs serão exercidas de maneira cooperativa e ambas serão co-responsáveis pelo desempenho da rede de atenção à doação de órgãos, na sua área de atuação (BRASIL, 2009).

O profissional da OPO realiza avaliação das condições clínicas do possível doador, da viabilidade dos órgãos a serem extraídos e faz entrevista para solicitar o consentimento familiar da doação dos órgãos e tecidos. Quando a família autoriza a doação, a OPO informa a viabilidade do doador à CET, que realiza a distribuição dos órgãos, indicando a equipe transplantadora responsável pela retirada e implante do mesmo (BRASIL, 2014).

#### **2.1.4 Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes**

As CIHDOTT são comissões formadas por profissionais de nível superior, que atuam dentro das instituições hospitalares, e tem como atribuições, organizar e coordenar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos e atua efetivamente em todas as etapas do processo de doação (BRASIL, 2009). A Portaria GM/MS nº 2.600 de 2.009 trouxe novas modificações quanto à criação das CIHDOTT e estabelece a criação das CIHDOTT como obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

- CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;
- CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e
- CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

A criação das CIHDOTT será opcional para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos acima e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional (BRASIL, 2009).

Nos hospitais com CIHDOTTs classificadas como II e III, o Coordenador da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão (BRASIL, 2009). O Coordenador da CIHDOTT classificada como III deverá ser obrigatoriamente um profissional médico. A CIHDOTT deverá publicar Regimento Interno próprio e promover reuniões periódicas registradas em ata (BRASIL, 2009).

Para o funcionamento das CIHDOTT a direção do estabelecimento de saúde deverá prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, e conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão (BRASIL, 2009). No entanto, dispor de condições físicas, de equipamentos e de recursos humanos habilitados para constituir tal comissão pode apresentar-se como um processo complexo.

Cabe às comissões a responsabilidade de organizar a instituição hospitalar para que seja possível: detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital; viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema; criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos; articular-se com a Central de Transplante do estado respectivo para organizar o processo de doação e captação de órgãos e

tecidos; responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos; articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação; e capacitar, em conjunto com a CET e o Sistema Nacional de Transplantes, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2005). São equipes cruciais para despertar e estabelecer a cultura de doação de órgãos dentro da comunidade hospitalar e auxiliar médicos neurologistas, neurocirurgiões e intensivistas no processo de doação.

De acordo com a Portaria nº 2.600 a CIHDOTT possui atribuições gerenciais administrativas, assistenciais e educativas que serão descritas a seguir em cada etapa do processo de doação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2006).

## 2.2 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E A IMPORTÂNCIA DA CIHDOTT PARA A SUA EFETIVAÇÃO

O processo de doação de órgãos é um processo trabalhoso e delicado, todas as etapas do processo necessitam ser bem executadas e articuladas entre si e há grandes responsabilidades envolvidas, tanto dos profissionais de saúde que assistem o paciente, como da equipe da CIHDOTT e a CET. O processo inicia-se com a identificação de um paciente potencial doador, ou seja, com critérios clínicos de morte encefálica e finaliza com o explante do órgão e entrega do corpo para a família (HEREDERO, BERZOSA, 2012).

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante tem papel fundamental dentro da instituição hospitalar na efetivação das doações, sendo que ela deverá supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família e responsabilizar-se pela guarda e conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva CET (BRASIL, 2006).

Para melhor entendimento, a figura abaixo representa as etapas do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Figura 2. Etapas do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Florianópolis, Brasil, 2017.



Elaborado pela autora, 2017

### 2.2.1 Identificação do Potencial doador

O processo inicia-se com a identificação de um paciente com critérios clínicos de morte encefálica em um hospital, por busca ativa da CIHDOTT ou quando os profissionais que atuam nas Unidades de pacientes críticos comunicam a CIHDOTT e estas comunicam às CET (CFM, 2017).

A identificação de possíveis doadores é o primeiro passo de todo o processo de doação e transplante e provavelmente aquele que traz maior impacto no número final de doadores de órgãos, e para a identificação desses potenciais doadores é fundamental a participação dos profissionais da CIHDOTT. Uma das atividades no âmbito assistencial da CIHDOTT realizada pelos enfermeiros é a realização da busca ativa diária para a identificação dos possíveis doadores de órgãos e tecidos em UTI, salas de recuperação pós-anestésica e emergência conforme previsto na Portaria GM nº 905, de 16 de agosto de 2000 e na Portaria GM nº 92, de 23 de janeiro de 2001. No momento em que o enfermeiro identifica um paciente potencial doador, esse passa a ser monitorado pela CIHDOTT.

A visita diária deve ser dirigida à identificação de pacientes em morte encefálica e de possíveis doadores com lesão catastrófica irreversível, escala de coma de Glasgow 3 e ausência de 1 ou mais reflexos de tronco e deve ser realizada sistematicamente pelos membros da CIHDOTT e/ou profissionais responsáveis pelas unidades onde se encontrem pacientes críticos, em todos os setores que possuam ventilador mecânico. Devem-se identificar lideranças da UTI e da coordenação de transplante que reúnam condições para realizar a sistematização da identificação desses indivíduos. O envolvimento ativo dos profissionais de terapia intensiva no processo de doação tem se mostrado fundamental por favorecer a sensibilização da equipe, prover educação e treinamento, e facilitar a interface entre equipe da UTI e coordenação intra-hospitalar de transplantes (WESTPHAL, et al. 2016; CFM, 2017).

Um estudo de Souza et al. (2014), demonstrou-se que a falha na identificação e notificação tardia de potenciais doadores, representam um dos maiores obstáculos para o sucesso da doação de órgãos no cenário brasileiro, destacando como motivo principal a falta de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre este processo. Os profissionais da instituição que estão ligados diretamente a assistência tem papel fundamental na ajuda da identificação dos potenciais doadores e posteriormente na manutenção dos mesmos, sendo assim, a CIHDOTT deverá promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2009).

O estudo de Silva et al., (2016) que teve como objetivo relatar os resultados da avaliação em relação a mudanças no número de potencial doadores, doadores reais, e as taxas de conversão após a implementação de um projeto de coordenação de transplantes de órgãos e tecidos para doação em um hospital beneficente, mostrou que a presença de um coordenador de doação de órgão e tecido é benéfico e promissor, foi observado uma clara melhoria no número de notificações de morte encefálica após implementação do projeto, este também trouxe melhora no acolhimento familiar, pois há uma equipe exclusiva e treinada para este trabalho.

Cabe ainda à CIHDOTT, juntamente com a Central Estadual de Transplante, avaliar a capacidade da instituição em detectar potenciais doadores, considerando as características institucionais para que se possa determinar, por meio dos indicadores institucionais, sua competência de atendimento para captação de doadores e realização de transplantes de órgãos. Além disso, é necessário definir os parâmetros

que deverão ser adotados no acompanhamento das metas de contratualização, definidas de acordo com a quantidade e qualidade das captações e transplantes de órgãos, determinadas pela Portaria GM/MS nº 1.752, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital, com a adoção de medidas para aperfeiçoar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado (BRASIL, 2006).

### **2.2.2 Diagnóstico da Morte Encefálica**

Um paciente é considerado possível doador quando a condição clínica é suspeita de preencher os critérios de morte encefálica e se inicia (abre) o protocolo de morte encefálica. (WESTPHAL, et al. 2016). A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.173 de 2017 estabelece que os procedimentos para a determinação da morte encefálica devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supra-espinal e apneia persistente, independentemente da condição de doador ou não de órgãos e tecidos.

A morte encefálica (ME) é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por causa conhecida, comprovada e capaz de provocar o quadro clínico. A determinação da ME deverá ser realizada de forma padronizada, com especificidade de 100% (nenhum falso diagnóstico de ME) (CFM, 2017).

O quadro clínico do paciente também deve apresentar todos os seguintes pré-requisitos: presença de lesão encefálica de causa conhecida e irreversível; ausência de fatores tratáveis que confundiriam o diagnóstico de ME; tratamento e observação no hospital pelo período mínimo de seis horas; temperatura corporal superior a 35° graus; saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg para adultos (CFM, 2017).

O diagnóstico de morte encefálica será confirmado com base nos critérios neurológicos definidos em resolução específica do Conselho Federal de Medicina e deverá respeitar todas as orientações da resolução, para todos os pacientes com suspeita de morte encefálica, independentemente da possibilidade de doação de órgãos (CFM, 2017).

Será admitida a presença de médico de confiança da família do paciente para acompanhar os procedimentos de determinação de ME, desde que a demora no comparecimento desse profissional não inviabilize o diagnóstico. Os contatos com o médico escolhido serão de

responsabilidade dos familiares ou do responsável legal. O profissional indicado deverá comparecer nos horários estabelecidos pela equipe de determinação da ME (CFM, 2017).

A morte encefálica será caracterizada através da realização de dois exames clínicos por médicos diferentes, especificamente capacitados para confirmar o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico, um teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios, e um exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica. O exame clínico deve demonstrar de forma inequívoca a existência do coma não perceptivo, ausência de reatividade supra-espinhal manifestada pela ausência dos reflexos foto-motor, córneo-palpebral, óculo-cefálico, vestibulo-calórico e de tosse (CFM, 2017).

Os profissionais médicos que realizarão o exame clínico devem ser devidamente capacitados. Em um estudo de Mores et.al. (2014) realizados com enfermeiros envolvidos no processo de doação, os mesmo apontam alguns obstáculos, destacando a falta de preparo, experiência e contato com essa situação na vida acadêmica e profissional. No que diz respeito à formação dos médicos examinadores, a nova resolução do CFM considera especificamente capacitado, o médico com um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenha acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de morte encefálica, ou que tenha realizado curso de capacitação para determinação de morte encefálica. Um dos médicos especificamente capacitado deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência (CFM, 2017).

Um outro exame que contempla o diagnóstico de ME é o teste de apneia que deverá ser realizado uma única vez por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico e deverá comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia ( $\text{PaCO}_2$  superior a 55mmHg) (CFM, 2017).

O exame complementar deve comprovar a ausência de perfusão sanguínea encefálica, ou ausência de atividade metabólica encefálica ou ausência de atividade elétrica encefálica. Esses exames podem ser:

- Angiografia cerebral - após cumpridos os critérios clínicos de ME, a angiografia cerebral deverá demonstrar ausência de fluxo intracraniano. Na angiografia com estudo das artérias carótidas internas

e vertebrais, essa ausência de fluxo é definida por ausência de opacificação das artérias carótidas internas, no mínimo, acima da artéria oftálmica e da artéria basilar, conforme as normas técnicas do Colégio Brasileiro de Radiologia. As desvantagens da arteriografia são necessidades de transporte do doente para fora da UTI, de infusão de contraste potencialmente nefrotóxico e de punção arterial.

- Eletroencefalograma - constatar a presença de inatividade elétrica ou silêncio elétrico cerebral (ausência de atividade elétrica cerebral com potencial superior a  $2\mu\text{V}$ ) conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica. Apresenta como vantagens o fato de ser realizado à beira do leito, sem necessidade de contraste e estar amplamente disponível. A desvantagem principal reside no fato de poder resultar em inatividade elétrica cerebral na presença de fatores confundidores: distúrbios metabólicos graves, hipotermia e efeito de medicamentos depressores do sistema nervoso central (MDSNC).
- Doppler Transcraniano - constatar ausência de fluxo sanguíneo intracraniano pela presença de fluxo diástólico reverberante e pequenos picos sistólicos na fase inicial da sístole, conforme estabelecido pelo Departamento Científico de Neurosonologia da Academia Brasileira de Neurologia. Embora necessite de profissional com elevado nível de treinamento, apresenta as seguintes vantagens: estar disponível à beira do leito, ser não invasivo e dispensar o uso de contraste.
- Cintilografia, SPECT Cerebral - ausência de perfusão ou metabolismo encefálico, conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira Medicina Nuclear. Este não usa contraste iodado, é de fácil interpretação e tem elevada concordância com a arteriografia cerebral. A limitação principal dos exames de fluxo está no fato de poderem apresentar fluxo sanguíneo encefálico em pacientes que apresentam algum grau de abertura da caixa craniana, como crianças abaixo de um ano, vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) aberto e pós-operatório de craniotomia extensa. Nestas situações, pode-se preferir métodos que avaliem a atividade elétrica cerebral, embora um exame que confirme ausência de fluxo nesta condição seja definitivo (CFM, 2017).

A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e disponibilidades locais. O laudo deve ser assinado por profissional com comprovada experiência e capacitação para a realização desse tipo de exame (CFM, 2017). De acordo com as diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica são recomendados como testes gráficos preferenciais para o diagnóstico de morte encefálica: a angiografia cerebral, o

Doppler transcraniano, a cintilografia cerebral e o eletroencefalograma. Na presença de distúrbios metabólicos graves, de hipotermia e de Medicamentos Depressores DO Sistema Nervoso Central (MDSNC), estão indicados os exames de fluxo intracraniano: angiografia cerebral, Doppler transcraniano e cintilografia cerebral. E em casos em que há presença de algum grau de abertura da caixa craniana, como crianças abaixo de um ano, vítimas de TCE aberto e pós-operatório de craniotomia extensa, pode-se preferir a eletroencefalografia, principalmente após demonstração de fluxo residual por outros métodos (WESTPHAL, 2016).

Nesta etapa, cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante articular-se com os profissionais de saúde, encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2006). Deverá ainda supervisionar todas as etapas para diagnóstico de ME, preenchimento de documentos relacionados ao processo, articular-se com os profissionais da UTI, dando suporte, contatando os profissionais para os exames clínicos e agendamento do exame de imagem complementar (WESTPHAL, 2016).

Os critérios de morte encefálica estão bem definidos, mesmo assim, ainda há médicos que consideram essa situação diferente da morte. Estudo mostra que as dificuldades, nessa etapa do processo de doação, são agravadas pelo desconhecimento, in experiência e resistência de alguns médicos para aceitar o diagnóstico de morte encefálica, como sendo a morte da pessoa (MORAES, et al., 2014). Nesse sentido, torna-se necessário investir em educação direcionada aos profissionais de saúde e desconstruir as incertezas em relação ao diagnóstico de morte encefálica.

A partir da identificação e confirmação do potencial do doador e notificação à CET a CIHDOTT deverá encaminhar todos os documentos exigidos pela CET para que esta inicie a logística externa para captação e transplantes dos órgãos. Deverá enviar toda a documentação do processo de diagnóstico de morte encefálica, encaminhar amostras de sangue para sorologias, realizar exame físico no PD informando todas as alterações encontradas (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2017). O registro de mortes encefálicas é o instrumento mais importante para avaliar a taxa existente de potenciais doadores. A notificação de morte encefálica é obrigatória e está prevista por lei desde 1992 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

A comunicação do quadro clínico do paciente à família deve ser realizada com clareza desde a entrada do paciente na instituição hospitalar. E quando referimos à morte encefálica essa comunicação traz consigo uma sobrecarga de sentimentos e comportamentos (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012). Muitas vezes, a não compreensão da possibilidade de Morte Encefálica relaciona-se ao desconhecimento sobre o que levou ao agravamento do quadro, por isso a importância de a família reunir informações acerca da evolução da condição clínica (TORRES; LAGE, 2013). Os familiares do paciente ou seu responsável legal deverão ser adequadamente esclarecidos, de forma clara e inequívoca, sobre a situação crítica do paciente, o significado da ME, sobre a suspeita e início do protocolo para comprovação de morte encefálica, sobre a necessidade da realização de dois exames clínicos por médicos distintos e exame complementar para confirmação do diagnóstico. Essas informações possibilitam à família acompanhar, desde o início, a realização dos exames, perceber e aceitar a irreversibilidade do quadro e preparar-se para a morte do paciente. Isso também facilitará no momento da entrevista familiar para solicitação da doação. Esse esclarecimento é de responsabilidade da equipe médica assistente do paciente ou, na sua impossibilidade, da equipe de determinação da ME (SANTOS; MASSAROLLO, 2011; CFM, 2017).

A maneira, portanto, como os familiares de doadores falecidos são informados sobre a morte é essencial para a discussão e tomada de decisão sobre doação de órgãos e tecidos para transplante. Para que haja a possibilidade da doação, é importante que os familiares compreendam o conceito de morte encefálica e aceitem que a pessoa morreu (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012).

### **2.2.3 Avaliação e validação do potencial doador**

Agora, diante da presença de um potencial doador de órgãos e tecidos, inicia-se uma avaliação com cuidadosa revisão da história clínica e social clínica (análise do prontuário e entrevista familiar), além de um exame físico com atenção especial a sinais de malignidade, trauma e comportamento de risco, medidas antropométricas e avaliação dos exames complementares. Caso haja contra-indicações ou haja critérios de exclusão para a doação de órgãos e tecidos, tais impedimentos devem ser apresentados e somados aos exames laboratoriais sorológicos solicitados após o consentimento para a doação ter sido assinado (MARTINI et al., 2008).

Gonçalves et al. (2012) referem que o profissional enfermeiro tem um papel de extrema relevância no processo de doação. Na etapa de avaliação e validação do potencial doador o enfermeiro participa efetivamente realizando o histórico clínico que visa descartar doenças transmissíveis do doador (infecciosas e neoplásicas), além da análise funcional dos órgãos a serem extraídos e transplantados. Faz-se necessária, para tanto, uma revisão pormenorizada da história clínica do doador para subsidiar a indicação de exames complementares direcionados (WESTPHAL, 2016).

A avaliação do prontuário médico permite conhecer a causa da morte, dados da história da doença atual, história mórbida pregressa bem como tratamentos empregados e informações sobre intercorrências. A CIHDOTT deverá fazer um resgate com a família do potencial doador, pois a história clínica detalhada proporciona a confirmação de antecedentes médicos, hábitos sociais (alimentação, uso de álcool, tabaco e/ou substâncias ilícitas), comportamento sexual, informações sobre irregularidades menstruais após gravidezes (coriocarcinoma) internações/permanências institucionais (detenção/hospitais psiquiátricos), além da origem e da procedência geográfica (WESTPHAL, 2016).

O Exame físico e medidas antropométricas, realizadas pelo enfermeiro da Comissão, permite avaliar condições clínicas que possam contraindicar a doação e/ou subsidiar a solicitação de exames laboratoriais que permitam dirimir dúvidas sobre a elegibilidade do doador, além de avaliar a compatibilidade das dimensões dos órgãos a serem doados com o biotipo do receptor. As variáveis a serem exploradas no exame físico dos potenciais doadores são cicatrizes/sinais de punções por uso de drogas ilícitas, lesões traumáticas, tatuagens, características geográficas, massas/linfonodomegalias, neoplasias cutâneas ou cicatrizes de intervenções cirúrgicas antigas (WESTPHAL, 2016). Essas são então, funções importantes desempenhadas pelo enfermeiro que atua no processo de doação de órgãos.

A adequada avaliação clínica e laboratorial do potencial doador de órgãos e tecidos é fundamental para a obtenção de um enxerto de qualidade. O risco de transmissão de doença infecciosa ou neoplásica não pode ser totalmente eliminado nos transplantes de órgãos e tecidos. O risco do procedimento sempre deve ser considerado em relação ao alto risco do falecimento em lista de espera para transplante. O aumento das listas de espera e da necessidade de órgãos para transplante tem levado as equipes transplantadoras à utilização de órgãos de doadores com critérios expandidos, com resultados satisfatórios, mas com maior

potencial de complicações, como a transmissão de doenças. Devem ser realizados todos os procedimentos para obtenção de informações clínicas e laboratoriais, que vão embasar a decisão da utilização dos órgãos e tecidos para transplante, com o mínimo de risco para o receptor (WESTPHAL, 2016).

Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos, bem como articular-se com a equipe multiprofissional e demais setores na instituição a fim de garantir a realização de todos os exames necessários para a validação do doador (BRASIL, 2006).

A realização de exames laboratoriais é obrigatória e deve ser feita regularmente de acordo com protocolos estabelecidos, a fim de identificar alterações hemodinâmicas, hematológicas, hidroeletrólíticas, alterações nas concentrações séricas, coagulopatia e doenças transmissíveis pelo sangue, tecidos ou órgãos que inviabilizem o transplante (VASCONCELOS et al., 2014).

A contra-indicação absoluta da utilização de órgãos de um potencial doador ocorre quando o risco da transmissão de alguma doença supera a possibilidade de benefício dos potenciais receptores dos órgãos. As principais contra-indicações absolutas estão relacionadas à transmissão de algumas condições infecciosas e neoplásicas. São critérios absolutos de exclusão de doador de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo humano: soro-positividade para o vírus da imunodeficiência humana (HIV); soro-positividade para Vírus linfotrópico da célula humana (HTLV) I e II; tuberculose em atividade; neoplasias (exceto tumores primários do Sistema Nervoso Central e carcinoma in situ de útero e pele); sepse refratária; e infecções virais e fúngicas graves, ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C (CFM, 2017).

A utilização de determinado órgão, tecido, célula ou parte do corpo são determinados por critérios de exclusão específicos conforme Portaria 2.600 (BRASIL, 2009). As contra-indicações absolutas são de responsabilidade do coordenador hospitalar ou da OPO ou CET, enquanto a decisão sobre a utilização de determinado órgão ou tecido pertence à equipe de transplante (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

## 2.2.4 Manutenção do potencial doador

Depois de cuidadosa avaliação clínica e laboratorial do paciente em morte encefálica e não se identificando contra-indicações que representem riscos aos receptores, teremos um potencial doador. Durante todo o processo a manutenção do potencial doador deve buscar a estabilidade hemodinâmica e outras medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos passíveis de utilização (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

O paciente com morte encefálica é um desafio ao corpo clínico do hospital. A equipe multidisciplinar deve ter uma boa compreensão sobre os eventos fisiopatológicos que surgem após a lesão cerebral grave. Neste período são essenciais atitudes rápidas, agressivas e coordenadas para reversão das possíveis alterações causadas pela ME como disfunção cardiovascular, déficit de oxigenação, eventuais infecções bacterianas, hipotermia, distúrbios hidroeletrólíticos, alterações metabólicas de natureza endócrina, renal ou hepática, distúrbios de coagulação e de qualquer outra alteração orgânica tratável, que podem comprometer a perfusão e boa oxigenação de órgãos como, por exemplo, intestinos, pâncreas e rins, os quais, se não forem corrigidas de imediato, comprometem a função do órgão que eventualmente possa ser doado (WESTPHAL, 2011; CFM, 2017).

Muitos fatores contribuem para a não efetivação do transplante. Um estudo mostrou que dentre esses fatores estão às alterações fisiológicas ocasionadas pela ME, estimada como uma das principais causas da não efetivação da doação de órgão. Dessa forma, é importante que esses eventos sejam detectados e tratados, antes que ocorra a parada cardíaca, estimada como uma das principais causas de não efetivação da doação de órgão e primeira causa do estudo realizado. O conhecimento dessas alterações possibilita à equipe de saúde saber como lidar com o PD e prevenir tais consequências para a melhor manutenção dos órgãos e tecidos para transplante (FREIRE, et al., 2012).

É importante enfatizar que as possíveis complicações da ME interferem na preservação dos órgãos e tecidos. Considerando que o número de pacientes em listas de espera para transplante é crescente, enquanto o número de doadores continua insuficiente para atender a demanda, é de extrema importância conhecer como se dá a manutenção e avaliação laboratorial do potencial doador (VASCONCELOS et al., 2014). A CIHDOTT deverá estar presente nesta etapa, garantindo uma

adequada manutenção do potencial doador já que um adequado tratamento ao potencial doador falecido reduz incidência de parada cardíaca antes do explante dos órgãos (BRASIL, 2009).

De acordo com as Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2009), é recomendado o monitoramento cardíaco contínuo, da saturação de oxigênio, da pressão arterial, da pressão venosa central, do equilíbrio hidroeletrolítico, do equilíbrio ácido-base, do débito urinário, da temperatura corporal. Devem ser tomadas as seguintes medidas para controle das anormalidades, quando necessário:

- reposição de volume;
- infusão de drogas vasoativas;
- adequada oxigenação;
- manutenção do equilíbrio ácido-base;
- manter temperatura acima de 35°C;
- prevenir e/ou tratar infecções.

O cuidado a pacientes potenciais doadores caracteriza-se como uma atividade complexa, implementada pela equipe multiprofissional que atua em unidade de terapia intensiva. Precisam ser de conhecimento de todos os profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, já que os enfermeiros assumem a responsabilidade de cuidados diretos a esses pacientes. O enfermeiro deve estar preparado para tomar medidas adequadas, junto com a sua equipe, pois as principais alterações fisiológicas da ME envolvem importantes órgãos e sistemas, fato que desafia os profissionais na manutenção da viabilidade de órgãos que possam vir a ser disponibilizados para transplante (VESCO, et al., 2016). Cumpre enfatizar que o enfermeiro também deve conhecer os aspectos éticos e legais da retirada de órgãos e transplante, evitando cometer infrações éticas em sua assistência, uma vez que o mesmo possui grandes responsabilidades nos procedimentos realizados com o potencial doador (SILVA et al., 2016).

As demandas por cuidados do paciente em morte encefálica só se diferenciam das de outros nas suas especificidades, pois, o objetivo da assistência é diferente e não se trata mais de um tratamento curativo. A assistência do enfermeiro vai ser focada na estabilização dos múltiplos efeitos deletérios que a morte encefálica ocasiona sobre o organismo em um pequeno espaço de tempo, gerando instabilidade hemodinâmica, o que exige extrema agilidade nos processos burocráticos. Alguns enfermeiros relatam não priorizar o paciente potencial doador de órgãos e tecidos por considerar que os outros

pacientes internados, com prognóstico de vida, são mais importantes. O fato do paciente em morte encefálica não possuir possibilidade de restabelecimento faz com que os profissionais se distanciem deles (CAVALCANTE, et al., 2014).

O cuidado de um paciente em morte encefálica é vivenciado por enfermeiros como uma situação desafiadora do ponto de vista ético e profissional, pois requer ações que exigem grande responsabilidade tanto diante da família como na assistência ao paciente potencial doador em morte encefálica (BIANCHI, et al., 2015). O conhecimento das alterações laboratoriais pela equipe de enfermagem permite uma melhor assistência ao potencial doador, qualificando a manutenção dos órgãos e tecidos para transplante. O enfermeiro deve estar preparado para tomar medidas adequadas, junto com a sua equipe, já que a enfermagem assume a responsabilidade de cuidados nesses pacientes (VASCONCELOS et al., 2014).

É notório que a enfermagem desenvolve um papel de suma importância nesse cenário, pois a assistência adequada é imprescindível para efetivação do sucesso da doação. Um estudo descritivo e exploratório desenvolvido em 2015 alerta para a necessidade de aperfeiçoamento dos currículos de graduação de enfermagem, assim como cursos e educação permanente para promover e disseminar o conhecimento nas dimensões técnica – científica e humana no processo do cuidado do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos (BIANCHI, et al., 2015).

Os cuidados relacionados ao PD devem desenvolver-se em UTI, setor este que deve dispor de infra-estrutura apropriada, recursos humanos especializados, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (FREIRE et al., 2014).

Um estudo realizado por Freire et al., (2014) que teve por objetivo verificar a influência da estrutura e processo na efetividade da doação de órgãos e tecidos em seis hospitais de Natal-RN, com 65 potenciais doadores, sendo que um dos fatores avaliados foi a manutenção do PD, destacou a pouca e insuficiente padronização de estrutura adequada para a assistência ao paciente PD de órgãos e tecidos, assim como das condutas e práticas clínicas realizadas no desenvolvimento do processo de doação, o que pode ter interferido na efetividade da doação. O estudo observou que, apesar de não ter havido diferença estatisticamente significante entre a estrutura e a efetividade da doação, 36,9% dos PDs foram mantidos em condições inadequadas de assistência. Somam-se, ainda, a falta de recursos humanos para atender à demanda de pacientes e de registros adequados sobre a

evolução do estado clínico, intercorrências e cuidados prestados ao PD. Sendo assim, entende-se que para que ocorra a efetivação da doação é necessário a organização e planejamento dos serviços de saúde e também destaca-se a importância da avaliação, que possibilita identificar as intervenções necessárias e as dificuldades enfrentadas na prática de manutenção do PD.

### **2.2.5 Entrevista familiar**

De acordo com a Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, na possibilidade de uma doação em virtude da detecção de ME, a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

A decisão quanto à doação de órgão somente deverá ser solicitada aos familiares ou responsáveis legais do paciente após o diagnóstico da ME e a comunicação da situação a eles (CFM, 2017). Após a finalização do diagnóstico de ME, a CIHDOTT realizará a entrevista familiar para solicitação da doação, sendo que, durante todo o processo de doação ela deverá promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras (BRASIL, 2006).

O processo de doação de órgãos, por envolver questões de reciprocidade, terminalidade da vida, autonomia, entre outros valores, bem como virtudes morais, está inserido num contexto muito subjetivo e amplo. Durante o decorrer do processo de morte, a abordagem familiar sobre doação de órgãos, realizada pelo profissional de saúde, deverá ser feita de forma clara e muito bem fundamentada, pois é nesse momento que se define se haverá recusa ou não da família perante a solicitação de doação (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Na abordagem a família do potencial doador o profissional enfermeiro deverá fornecer todas as informações sobre o processo de captação e garantir ao responsável legal o direito de discutir com a família sobre a doação, prevalecendo o consenso familiar. Leva-se em consideração que apesar de haverem profissionais treinados e aptos para realizar a entrevista com os familiares do potencial doador, não há regras a serem seguidas, pois cada indivíduo lida de forma diferente com a morte e a opção de doação dos órgãos, acarretando ao enfermeiro

diferentes formas de conduta para esta situação (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

A compreensão do conceito de morte encefálica por parte da família é fundamental, pois geralmente as famílias só ouvem falar da temática quando seu familiar evolui para tal quadro, dificultando a sua aceitação, o que é um fato compreensível devido à complexidade que abarca tal situação clínica. Para alguns familiares, o paciente ainda é percebido como vivo, muito embora já diagnosticada a morte encefálica, uma vez que a condição do corpo quente em que “o coração continua batendo e os pulmões continuam sendo insuflados e esvaziados em ritmo cadenciado”, mantido funcionando artificialmente na Unidade de Terapia Intensiva, contrasta-se com a idéia do que seja um cadáver (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009).

As experiências vivenciadas pelos familiares expõem o papel fundamental de reconhecimento do sofrimento e acolhimento que deve ser realizado pelo enfermeiro. Oferecer informações necessárias no que se refere a ME e a transparência sobre o processo de doação possibilitam a família caminhar por uma trajetória de recuperação, com menos conflito em seu núcleo, minimizando, assim, o estresse e favorecendo a tomada de decisão quanto à doação (CINQUE; BIANCHI, 2010).

No ano de 2016 Santa Catarina teve um número de doadores efetivos de 251, tendo uma taxa de recusa familiar de 55,3%, num total de 139 recusas familiar (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTE, 2016). Percebe-se que a taxa de recusa familiar ainda é muito alta. Estudos apontam alguns dos fatores que levam a família a não consentir a doação, dentre eles falta de compreensão sobre o diagnóstico de morte encefálica, questões religiosas, falta de competência da equipe técnica, tempo longo do processo, falecido não era doador, medo da mutilação, desejo de ser enterrado como veio ao mundo, descontentamento com o atendimento da equipe do hospital (CONCEIÇÃO et al., 2012; PESSOA; SCHIRMER; ROZA, 2013; ROSÁRIO, et al., 2013; BARRETO et al., 2016).

A família, em geral, apresenta-se fragilizada e necessita de cuidado e atenção por parte da equipe de saúde, pois, enfrenta um momento de dor, com o diagnóstico de morte encefálica e a perda de um ente querido. Na maioria das vezes essa morte ocorre de forma trágica e inesperada. Nesse momento as dúvidas dos familiares devem ser sanadas em todas as fases do processo, sendo imprescindível que os profissionais estejam preparados adequadamente para atuar nesse processo. Desta forma, é possível estabelecer um vínculo entre a equipe

e a família, o que pode influenciar, positivamente, ou não, no momento da decisão pela doação de órgãos (CAVALCANTI, et al., 2014).

Um estudo mostrou, que a entrevista familiar, antes de ser o momento para se oferecer a opção da doação de órgãos, é entendida pelos sujeitos como momento ideal para que sejam informados sobre o todo o processo de doação, sobre como acontece a morte encefálica. Os sujeitos ainda têm ciência de que nesta oportunidade representam o programa de transplantes e que precisam fazer isso de modo claro, empoderando a família com informações sobre seus direitos, esclarecendo suas dúvidas, de maneira acolhedora. Longe de ser somente um momento em que se aplicam as técnicas da comunicação de notícias difíceis, a entrevista familiar também é entendida pelos sujeitos como momento de apoio emocional as famílias, em que se acolhem os atores participantes daquela circunstância ouvindo, recebendo, compartilhando suas emoções e reações frente ao comunicado (FONSECA, 2016).

A equipe da CIHDOTT deverá analisar sentimentos, comportamentos, crenças e valores da família, antes do início da entrevista familiar, assim como o seu entendimento quanto à ME e ao processo de doação. O desconhecimento de tais eventos por parte da família pode interferir, influenciando negativamente a decisão quanto à doação de órgãos (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Um estudo de Santos, Massarolo e Morais (2012) apontou a capacitação do entrevistador como fator relevante para a realização da entrevista, assim como as questões éticas e legais que a envolvem. Dessa forma, o entrevistador deve conhecer a legislação do país sobre doação de órgãos, o profissional não pode impor sua posição com relação à doação ou julgar absurda uma recusa, pois sua função não é convencer o familiar a doar, mas, oportunizar a doação, esclarecer, respeitar e apoiar a decisão tomada pela família.

Em uma pesquisa realizada com coordenadores do processo de doação de CET e CIHDOTT, estes destacaram a necessidade ter conhecimento do processo de doação de órgãos, que é amplo e guarda grande complexidade em si ao envolver grande número de pessoas, profissionais e não-profissionais, e envolver ainda questões morais e éticas. Revelaram ainda que são necessárias características como carisma, sensibilidade, ter bom senso, transmitir emoção, ter empatia, se auto-conhecer, possuir escuta ativa/saber ouvir/saber ficar calado/identificar o tempo da família, estar bem consigo mesmo, ter equilíbrio emocional e saber lidar com o corpo como fundamentais à realização da entrevista familiar (FONSECA, et al., 2016).

A comunicação interpessoal faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e implica na interação entre doentes e familiares. A comunicação de más notícias constitui uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Trata-se de uma situação delicada, pelas repercussões físicas, sociais e familiares que pode desencadear (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012). Em Santa Catarina os profissionais da CIHDOTT passam por curso de comunicação em situações críticas, oferecido pela Central Estadual de Transplantes. Os profissionais aprendem a dialogar com sensibilidade com os familiares e a se colocarem à disposição para esclarecer dúvidas. Essa formação específica permite que o profissional desenvolva habilidades de comunicação para fazer com que um familiar em crise de luto sintam-se livre e confiante para tomar sua decisão (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES/SC, 2017).

Nos casos em que a família não consentir a doação, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 1.826 de 2007, é permitida a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante (CFM, 2007). A suspensão dos recursos não é eutanásia nem qualquer espécie de delito contra a vida, haja vista tratar-se de paciente morto e não terminal. O Conselho Federal de Medicina reconhece que a sociedade não está devidamente familiarizada com este tema, o que gera ansiedade, dúvidas e receios, mas que o mesmo deve ser enfrentado de modo compreensivo, humano e solidário (CFM, 2007).

Caso haja concordância familiar à doação, o profissional responsável pelo processo de doação-transplante e a CET correspondente passam a considerar os demais fatores para a efetivação da doação, implementando logística predefinida (CONCEIÇÃO et al., 2012).

### **2.2.6 Logística no processo de doação**

Após o aceite para doação, a CIHDOTT deverá encaminhar para a Central Estadual de Transplante/SC toda a documentação do processo de diagnóstico de morte encefálica e autorização familiar para doação de órgãos e tecidos, incluindo os roteiros gerenciados dos protocolos de: diagnóstico de morte encefálica e entrevista familiar, manutenção de potencial doador de órgãos e tecidos, roteiro de entrevista familiar para doação de múltiplos órgãos e a documentação de

todas as etapas do processo de doação (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2017).

A CET promove a distribuição dos órgãos e tecidos doados e identifica as equipes correspondentes para a retirada. Antes de iniciada a retirada dos órgãos e tecidos, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida em situações de morte natural. Nos casos de morte por causa externa, obrigatória e independentemente da doação, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal, onde será autopsiado e de onde será emitido o Atestado de Óbito. O processo de doação de órgãos, por ser complexo e dinâmico, deve estar protocolado para evitar improvisações, as quais podem comprometer sua efetividade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

### **2.2.7 Coordenação da sala cirúrgica**

A CIHDOTT tem a importante responsabilidade de assumir a coordenação de sala cirúrgica para explante multiorgânico / tecidos, disponibilizando os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital. Esse momento é crucial, além de preparar o local para a realização do explante, é fundamental o relacionamento e planejamento integrado dos setores envolvidos do hospital (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2017).

Dentre as funções da CIHDOTT nesta etapa, está o agendamento do horário do explante com Centro Cirúrgico e agendamento da hora da captação com anestesista, instrumentador e circulante. A comissão deverá informar a hora do explante para unidade de internação, e também confirmar com a família previsão de horário e término da captação. É importante que a CIHDOTT faça a conferência dos documentos obrigatórios antes de iniciar a captação, como o termo de ME + gasometrias, laudo da prova gráfica, termo de autorização familiar, tipagem sanguínea e sorologias (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2017).

A comissão deverá fazer o transporte do doador, o preparo da sala operatória, preencher os relatórios de retirada de órgãos a serem explantados, suporte para equipes; supervisão da retirada e no preenchimento dos documentos preparo da sala operatória; auxílio na logística da equipes de transplantes (ligações, confirmações e reserva); checagem da documentação; perfusão; auxílio no acondicionamento e no transporte dos enxertos. Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou

seus responsáveis legais para sepultamento. A retirada dos órgãos é uma cirurgia como qualquer outra, sendo realizada com todos os cuidados de reconstituição do corpo, obrigatórios por lei (BRASIL, 1997).

### 2.3 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE DOAÇÃO

Segundo a Portaria nº 1.262 de 16 de junho de 2006 a CIHDOTT deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais um médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, sendo que o coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo SNT ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dos Estados ou Distrito Federal, validado pelo SNT (BRASIL, 2006).

De acordo com a Portaria nº 1.262 de 2006 o curso de formação de coordenador deverá ter carga horária mínima de 24 horas e deverá seguir as seguintes diretrizes: detecção de potencial doador; seleção do doador; manutenção do doador de órgãos e tecidos; diagnóstico de morte encefálica; entrevista familiar para doação e atenção à família do doador; retirada dos órgãos e tecidos; meios de preservação e acondicionamento dos órgãos e tecidos; transporte dos órgãos e tecidos; informações sobre o doador a CET; recomposição do corpo do doador; logística do processo doação-transplante; ética em doação e transplante; critérios de distribuição de órgãos e aspectos legais. O curso também deverá capacitar para organização da equipe de trabalho e treinamento dos integrantes.

Na maioria dos casos, o coordenador da CIHDOTT é o enfermeiro, cuja atuação nessa área é regulamentada pela Resolução COFEN 292 de 2004. Essa resolução descreve como responsabilidade do enfermeiro a gestão de todo o processo de doação de órgãos, desde a identificação do potencial doador até a entrega do corpo à família (COFEN, 2004).

O profissional que atua na CIHDOTT deve deter conhecimento prévio sobre o processo de morte, possuir habilidade de comunicação interpessoal, conhecer o processo de doação de órgãos e tecidos, as documentações e legislações específicas e todos os aspectos éticos que envolvem a doação de órgãos e tecidos. É importante que a avaliação profissional seja efetivada e aprimorada após a realização de

cada processo na captação de doação de órgãos, tomando como base os pontos positivos e negativos de cada experiência profissional, e que essas experiências sejam discutidas em reuniões organizadas para minimizar as possíveis falhas (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Para a realização de todo processo de doação e transplante de órgãos, há necessidade de uma equipe multidisciplinar especializada, estes, conscientes dos limites existentes entre o uso da tecnologia e a ética profissional. Nesse sentido, a Resolução COFEN 292/2004, delibera que a assistência de enfermagem prestada ao doador de órgãos tem como objetivo a viabilização dos órgãos para transplante bem como a necessidade de permanência do doador em unidade de terapia intensiva, até a retirada dos órgãos, sendo que a assistência de enfermagem deve atender as necessidades fisiológicas básicas do potencial doador, dentre todos os cuidados. Cabendo ainda ao enfermeiro, a incumbência de aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pós-transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar). Sendo o enfermeiro responsável por planejar, executar, coordenar, supervisionar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos (COFEN, 2004).

O sucesso dos Programas de Transplantes em nosso país depende da organização e efetiva atuação das equipes participantes do processo de doação-transplante. Dessa forma, ações que contribuam para o aumento efetivo da notificação de potenciais doadores, da viabilização e aproveitamento de órgãos e tecidos serão sempre necessárias, a fim de tentar minimizar a mortalidade em lista de espera (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

Um estudo de Silva et al. (2015) que teve por objetivo avaliar a viabilidade de profissional especialista em comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes mostrou que os resultados de efetivação de doadores nos hospitais após a entrada do profissional foram positivos. Isso confirma os achados de publicações que discutem o bom funcionamento de uma CIHDOTT como de suma importância para a melhoria nos números de doadores efetivos (SILVA; SOUZA; NEJO, 2011). Esse mesmo estudo destaca que a presença do coordenador com carga horária e remuneração exclusivas para as atividades de doação de órgãos é realidade em poucos locais do País. No entanto, apesar dessas iniciativas, não há regulamentações que

sustentem a remuneração, pelos hospitais ou pelo governo, dos coordenadores intra-hospitalares (SILVA et al., 2016).

O processo de doação de órgãos é complexo, e o enfermeiro tem um papel determinante, de extrema relevância nesse contexto, pois o mesmo está efetivamente envolvido em todo o processo sendo o responsável por realizar a avaliação clínica do potencial doador e orientar ou promover a manutenção hemodinâmica deste. Sendo a enfermagem atuante no processo doação-transplante, ela deve ser capaz de suprir as necessidades básicas de um transplante, considerando o grau de complexidade que este envolve, precisando estar muito bem treinada, capacitada e atualizada, acompanhando a evolução tecnológica e científica. A sua atuação tem como foco principal assegurar a qualidade do cuidado às pessoas com profissionalismo, durante todas as fases do processo. O enfermeiro necessita de formação específica para atuar nesta área, além de desenvolver conhecimentos e experiência clínica para assumir seu papel e assegurar a continuidade do cuidado (COFEN, 2004).

Equipes multiprofissionais capacitadas e disponíveis para colaborar com a doação e os transplantes constituem um dos alicerces para o sucesso de cada etapa do processo. A atuação do profissional enfermeiro está presente em todas as etapas do processo doação/transplante, desde a identificação do potencial doador até o acompanhamento pós-transplante. Essa presença demonstra a importância das ações e da assistência de Enfermagem aos usuários do setor de transplantes (VIEIRA; NOGUEIRA, 2016).

### 3 METODOLOGIA

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem de uma investigação. Inclui de forma abrangente e concomitante a discussão epistemológica sobre o caminho do conhecimento que o tema requer, a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e instrumentos operativos e a criatividade do pesquisador (MINAYO et al, 2014).

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem descritiva. A escolha desse método se deve ao fato de acreditar ser possível atingir melhores momentos de aproximação em relação à vivência dos profissionais que compõem as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes (MINAYO, 2014).

A abordagem descritiva, dentre outras finalidades, permite levantar opiniões, atitudes e crenças de determinada população. Ela retrata as características de um grupo de sujeitos, fenômeno, ou de uma experiência, permitindo o detalhamento minucioso de um determinado contexto (GIL, 2010).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com profissionais de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) de três Unidades Hospitalares Públicas da grande Florianópolis: Hospital X, Hospital Y e Hospital Z. A escolha das instituições se deu por serem hospitais públicos que dispõe de leitos de Terapia Intensiva adulto que mais realizaram notificações de ME dentre as instituições públicas da grande Florianópolis até setembro de 2016.

As CIHDOTT dessas instituições são compostas exclusivamente por profissionais de nível superior médicos e enfermeiros e estão vinculadas diretamente à diretoria médica da instituição, e é esta que define o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão.

Os Coordenadores possuem carga horária mínima de 20 horas semanais. Para os demais membros a legislação não estipula carga horária para esse fim, contudo é recomendável que haja atuação da comissão durante todo mês, 24h/dia, pois os processos ocorrem sobre livre demanda e é necessário que haja algum membro da comissão disponível para exercer as atividades quando necessário (BRASIL, 2009). O Brasil não tem regulações formais para apoiar o pagamento de enfermeiros especializados e demais profissionais para trabalhar como membros da CIHDOTT. Os profissionais das CIHDOTTs das instituições hospitalares, locais do estudo, recebem pagamento por estarem disponíveis para realizar as atividades referentes à CIHDOTT em dias e horários específicos no mês.

O Hospital X foi inaugurado em 1987, possui um total de 293 leitos de internação, é referência no Estado de Santa Catarina em traumatologia e possui como unidades de atendimento oftalmologia, emergência pediátrica, maternidade, obstetrícia, UTI neonatológica e de adulto, centro cirúrgico, emergência adulto, clínica médica e clínica cirúrgica e atendimento ambulatorial. Esta CIHDOTT, classificada como tipo II, por ser um estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano, está vinculada a diretoria da instituição X, mas seu trabalho também abrange outra instituição anexa ao hospital X, que atende emergência e possui unidade de internação clínica e cirúrgica e unidade coronariana, totalizando 87 leitos (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016).

A CIHDOTT foi implantada em dezembro de 2001. Apesar de está previsto em portaria o provimento de um espaço físico adequado para o funcionamento da CIHDOTT, a instituição não dispõe de sala adequada, tanto para exercer as atividades administrativas, como para oferecer o acolhimento à família do PD. Possui dentre os integrantes, um médico e um enfermeiro coordenador, tendo um total de quatro médicos e sete enfermeiros na equipe. Todos os membros da comissão são funcionários efetivos da instituição e atuam nos setores de Unidade de Terapia Intensiva e emergência, sendo que uma enfermeira atua exclusivamente na CIHDOTT.

No ano de 2016 foram notificadas 28 ME e destes foram efetivadas 14 doações de múltiplos órgãos com uma taxa de 25% de recusa familiar e 50% de doações x notificações; Na instituição anexa ao Hospital X foram notificados seis ME e destes foram efetivadas uma doação de múltiplos órgãos com uma taxa de 17% de recusa familiar e 17% do doações x notificações (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2016).

O hospital Y foi inaugurado em 1966, possui 225 leitos, é referência em ortopedia, neurologia e neurocirurgia, e atende demais especialidades como oncologia, clínica médica e cirúrgica (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016).

A CIHDOTT do hospital Y é classificada como tipo II, por ser um estabelecimento de saúde de referência para trauma, neurologia e neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano. Foi implantada em julho de 2003 e tem como integrantes cinco enfermeiros e um médico que é o coordenador. Todos os membros da comissão são funcionários efetivos da instituição e atuam nos setores de Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Semi-Intensiva, e Emergência.

A Comissão possui espaço físico adequado dentro da instituição para exercer suas atividades no processo de doação. No ano de 2016 foram notificadas 44 ME e destas foram efetivadas 23 doações de múltiplos órgãos com uma taxa de 32% de recusa familiar e 52% de doações x notificações (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2016).

O hospital Z foi inaugurado em 1980, possui 302 leitos, é estruturado em quatro áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, pediatria e tocoginecologia, com centro obstétrico e UTI neonatológica e de adultos. Possui atendimento ambulatorial e de emergência, é referência estadual em patologias complexas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades (SILVA et. al., 2016).

O hospital Z, possui CIHDOTT classificada como tipo I por ser estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna, pediatria e intensivismo, integrantes de seu corpo clínico. A CIHDOTT foi implantada no ano de 2002 e tem como membros um médico coordenador e quatro enfermeiros. Todos os membros da comissão são funcionários efetivos da instituição e atuam nos setores de Unidade de Terapia Intensiva e Emergência.

A instituição não dispõe de sala adequada para a CIHDOTT exercer suas atividades administrativas e oferecer o acolhimento à família do PD. No ano de 2016 foram notificadas sete ME e destas efetivadas uma doação de múltiplos órgãos com uma taxa de 57% de recusa familiar e 14% de doações x notificações (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2016).

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram profissionais médicos e enfermeiros que atuam na equipe da CIHDOTT nos hospitais, contexto do estudo. Participaram da pesquisa somente aqueles que atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, estar em atividade na comissão há pelo menos seis meses, tempo este que consideramos suficiente para ter vivência profissional como membro da CIHDOTT. Como critério de exclusão se adotou estar de férias, licença saúde ou maternidade no período de coleta de dados. Dentre os 22 possíveis participantes dois estavam de licença maternidade, totalizando então, 20 profissionais que participaram do estudo.

### 3.4 COLETA DE DADOS

O contato dos participantes foi fornecido pela Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina. Após a autorização das Instituições Hospitalares e ser aprovado pelo CEP foi realizado contato telefônico e/ou por email com os profissionais médicos e enfermeiros, para saber sobre seu interesse em participar do estudo, e diante do aceite procedeu-se com o agendamento da data, local e horário para a coleta de dados, conforme disponibilidade do participante. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista.

Para escolha do local da entrevista foi levado em consideração à garantia da privacidade e sigilo, ausência de ruídos e/ou possíveis interrupções, horário que não interferia nas atividades do participante. As entrevistas foram realizadas dentro da instituição hospitalar, em espaço escolhido pelos entrevistados, dentre eles setor onde estão lotados, sala da CIHDOTT e sala destinada para visitantes. Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2017.

O tipo de entrevista utilizada foi a semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2014). A entrevista semi-estruturada

facilita e assegura a abordagem de hipóteses ou pressupostos do pesquisador, direcionando a entrevista ao objeto de estudo, uma vez que permite ao entrevistador manter-se atento para dirigir a discussão ao assunto que lhe interessa, fazendo inclusive perguntas adicionais não previstas no roteiro (MINAYO, 2014).

O roteiro da entrevista contemplou a caracterização dos participantes referentes ao gênero, idade, formação, especialidade e tempo de atuação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante e perguntas abertas (Apêndice C). O tempo de duração da entrevista foi, em média, 40 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização dos sujeitos e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

### 3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização e análise dos dados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Trata-se de uma técnica que organiza e tabula os dados de uma pesquisa qualitativa que ao juntar os discursos individuais cria o pensamento de uma coletividade. Portanto, após sua construção o discurso coletivo é expresso na primeira pessoa do singular, permitindo demonstrar a imposição social ao individual uma vez que os discursos passam a expressar à representação social de uma coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Pautado na consideração de que o pensamento individual se expressa conforme um processo de internalização anteriormente ocorrido e socialmente construído, Lefèvre e Lefèvre (2012) sugerem quatro figuras metodológicas para produzir o DSC: Expressões-Chave (ECHs); Ideia Central (IC; Ancoragem (AC); e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito, explicados brevemente a seguir:

\* Expressões chaves (ECHs): são trechos ou transcrições literais do discurso, selecionados e que representam a essência do conteúdo da questão em análise. Com o conteúdo das ECHs é construído o DSC;

\* Ideia Central (IC): é o nome ou expressão linguística que revela e descreve, de modo resumido, o sentido de cada um dos discursos analisados. Podem ser descrições diretas revelando o que foi dito, ou descrições indiretas sobre o tema do discurso do sujeito;

\* Ancoragem (AC): é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica;

\* Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito: reunião das ECHs presentes nos depoimentos, que têm IC ou AC de significado semelhante ou complementar de pensamento, escrito na primeira pessoa do singular para representar o pensamento de uma coletividade.

Para a construção do DSC foi utilizado o *software* Qualiquantisoft®, disponível no grupo de pesquisa da qual a pesquisadora é membro. Nessa ferramenta, o DSC se expressa de duas maneiras: a dimensão qualitativa que retrata o DSC construído e a quantitativa, que expressa a frequência de compartilhamento dos discursos entre indivíduos, ou seja, com a mesma IC.

Desse modo, o primeiro passo na organização dos dados foi o cadastramento do estudo, contendo as características dos enfermeiros, as questões norteadoras e suas respectivas respostas. Após uma leitura minuciosa e crítica dos dados foi identificada às figuras metodológicas, de modo a unir as expressões-chave de mesma ideia central e/ou ancoragem, obtendo assim o DSC. Portanto, depois de transcritas e digitadas todas as entrevistas, o *software* auxiliou a operacionalização em categorias, a elaboração do DSC, assim como a produção dos relatórios quantitativos.

Como o DSC se apresenta como uma pessoa falando, por um conjunto de pessoas, mas que na verdade se trata de uma construção artificial, algumas operações foram realizadas nas partes selecionadas do discurso, de modo a formar um discurso claro e coerente. Foram sequenciadas as expressões-chave de forma a conseguir visualizar um começo, meio e fim, visando uma abordagem do mais geral para o mais particular. Foram resgatadas as ideias repetidas, de sentidos semelhantes, mas expressas de formas distintas para a construção dos DSC. A redação aparece em *itálico*, e esta é uma recomendação técnica da metodologia, pois se trata de um depoimento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

### 3.6 IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Conforme previsto o projeto foi submetido à apreciação da Secretaria do Estado da Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP/SH da Universidade Federal de Santa Catarina via Plataforma Brasil no sistema CEP/CONEP, aprovado sobre o parecer n. 1.985.259, mediante o CAAE: 63086716.0.0000.0121 (Anexo A).

No desenvolvimento deste estudo, foi respeitada a Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que leva em conta os

princípios éticos básicos que devem orientar qualquer estudo que envolva o ser humano, a saber: o respeito pela pessoa, a beneficência, a justiça, a fidelidade, a veracidade e por fim a confidencialidade, que diz respeito à obrigação do/a pesquisador/a de assegurar ao participante o direito ao anonimato (BRASIL, 2012).

Assim, todos os participantes foram orientados individualmente quanto ao desenvolvimento do estudo sendo especialmente apresentado o objetivo do estudo e método de coleta de dados. O participante teve total liberdade de interrogar quanto a qualquer dúvida, além de ter o direito de desistir em qualquer etapa de desenvolvimento do estudo. Após esclarecimentos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e Autorização para Gravação de Voz (Apêndice B) para assinarem sendo que uma cópia ficou com o participante e outra com a pesquisadora do estudo. Para a identificação dos participantes e respeito ao sigilo adotou-se a letra E (Enfermeiros) e M (médicos) seguido do número correspondente a sequência das entrevistas (E1, E2... M1, M2, ...).

A devolutiva dos resultados do estudo será realizada através de publicação de artigos científicos e também em encontro com os membros de cada CIHDOTT, sendo comunicado e convidado previamente todos os participantes do estudo e demais profissionais para participarem da apresentação dos resultados nas respectivas instituições.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste momento apresento os resultados e as discussões em forma de manuscritos, que serão posteriormente submetidos a periódicos científicos. Este formato atende a exigência da Normativa nº 01/PEN/2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão de curso de mestrado e doutorado em Enfermagem.

Desse modo, o primeiro manuscrito intitulado “Elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes: discursos dos profissionais” apresenta o perfil dos participantes e os resultados e discussões de três Discursos do Sujeito Coletivo com as respectivas Idéias Centrais, correspondentes a quinta pergunta da entrevista.

O segundo manuscrito intitulado “Dificuldades na doação de órgãos e tecidos para transplantes e intervenções para melhorias: discurso do sujeito coletivo” apresenta os resultados e discussões referentes às ideias centrais e seus respectivos Discursos do Sujeito Coletivo relacionados a pergunta três e seis da entrevista.

Em decorrência da grande quantidade de dados coletados que constituíram os DSC e pela limitação do tempo para a conclusão dessa pesquisa, serão apresentados no formato de manuscrito somente os dados obtidos com as perguntas três, cinco e seis, que basicamente conseguem responder ao problema de pesquisa, e alcançam o objetivo proposto para esse estudo. Entretanto, os demais DSC, serão apresentados no final deste capítulo, porém não discutidos e futuramente contemplados em manuscritos.

Cabe registrar que o método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo através do *software Qualiquantisoft* gera resultados quantitativos e qualitativos, que serão aqui apresentados. Contudo, inicialmente será apresentado o perfil dos profissionais da CIHDOTT que participaram do estudo.

### **Perfil dos participantes**

Os enfermeiros e médicos foram os escolhidos a fazerem parte desse estudo por estarem diretamente relacionados com o objeto da pesquisa, assim também sugerem Lefèvre e Lefèvre (2012), ao descreverem que se faz necessário que os sujeitos entrevistados possuam alguma relação com o problema a ser investigado. Os autores também

recomendam que alguns atributos ou variáveis dos participantes, que podem estar associados e/ou afetando o problema, devem ser considerados, e por isso, investigados. A seguir são apresentados os achados encontrados (TABELA 1).

**Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas e profissional dos participantes. Florianópolis/SC, Brasil, 2017.

<b>Características sociodemográficas e profissional</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	13 (65%)
Masculino	07 (35%)
<b>Idade</b>	
25 – 30 Anos	03 (15%)
31 – 35 Anos	05 (25%)
36 – 40 Anos	05 (25%)
41 – 45 Anos	06 (30%)
51 – 55 Anos	01 (5%)
<b>Formação</b>	
Enfermeiro	14 (70%)
Médico	06 (30%)
<b>Grau de Escolaridade</b>	
Especialização	10 (50%)
Mestrado	10 (50%)
Doutorado	-----
<b>Tempo de atuação profissional na CIHDOTT</b>	
00 – 03 Anos	08 (40%)
04 – 07 Anos	08(40%)
08 – 11 Anos	03 (15%)
12 – 15 Anos	01 (05%)
<b>Total</b>	<b>20</b>

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017

O estudo foi desenvolvido com 20 profissionais atuantes nas Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, todos com nível superior, dentre estes, seis médicos e 14 enfermeiros. A maioria do sexo feminino, 13 profissionais (65%) e sete do sexo masculino (35%), com idade entre 27 e 52 anos. Todos os 20 (100%) participantes possuíam algum tipo de pós-graduação, 50% possuíam especialização e 50% mestrado. Em relação ao tempo de atuação a maioria dos participantes (60%) tem mais de quatro anos de atuação na CIHDOTT.

#### 4.1 MANUSCRITO 01 - ELEMENTOS FACILITADORES NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS

### ELEMENTOS FACILITADORES NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar quais os elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante segundo os profissionais das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado com 20 membros dessas comissões, de três Instituições Hospitalares do estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados em junho e julho de 2017 por meio de entrevista, organizados e analisados pela metodologia do discurso do sujeito coletivo. **Resultados:** Emergiram três Idéias Centrais: Presença de profissionais, membros da comissão, que atuam em Terapia Intensiva e Unidade de Emergência; Suporte e apoio eficiente da Central Estadual de Transplantes e Coordenação da comissão ativa e resolutiva. **Conclusões:** A efetividade da doação de órgãos e tecidos depende de um serviço organizado e articulado com outros profissionais e organizações, de profissionais capacitados e de uma liderança ativa a fim de contribuir para a diminuição do tempo e do sofrimento para aqueles que aguardam um órgão ou tecido na fila do transplante no Brasil.

**Descritores:** Obtenção de tecidos e órgãos. Transplante de órgãos. Enfermagem.

#### INTRODUÇÃO

A disposição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, no contexto do Sistema Único de Saúde e a estrutura organizacional do Sistema Nacional de Transplantes foi estabelecida em 1997 pela Lei nº 9.434 regulamentada pelo Decreto nº 9.175 de 2017. O Sistema Nacional de transplantes se desdobra pelas demais unidades da federação por meio das Centrais Estaduais de Transplantes (CET) (BRASIL, 1997; BRASIL, 2017).

O processo de doação de órgãos é um processo trabalhoso e delicado, todas as etapas necessitam ser bem executadas e articuladas

entre si e há grandes responsabilidades envolvidas, tanto dos profissionais de saúde que assistem o paciente, como da equipe da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e a CET. O processo se inicia com a identificação de um paciente potencial doador, ou seja, com critérios clínicos de morte encefálica e finaliza com o explante do órgão e entrega do corpo para a família (HEREDERO, BERZOSA, 2012).

A presença de uma Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos se faz necessária, tanto para favorecer o processo de identificação de possíveis doadores para captação e doação de órgãos, para implementar protocolos para realização de testes diagnósticos, comprovar a existência de morte encefálica e notificá-la, quanto para sensibilizar a família, reduzindo possíveis obstáculos para a efetivação de transplantes no Brasil (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Cabe então, à CIHDOTT, juntamente com a CET, avaliar a capacidade da instituição em detectar potenciais doadores, considerando as características institucionais para que se possa determinar, por meio dos indicadores institucionais, sua competência de atendimento para captação de doadores e realização de transplantes de órgãos (BRASIL, 2006).

A CIHDOTT tem papel fundamental na efetivação das doações dentro da instituição hospitalar. Considerando que a existência e o efetivo funcionamento das CIHDOTTs contribuem de maneira significativa na captação de órgãos no cenário nacional, acredita-se que o conhecimento das vivências dos profissionais de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, situadas no estado de Santa Catarina, poderá contribuir e facilitar a compreensão para os profissionais quanto as potencialidades que podem garantir uma melhor efetividade do trabalho da CIHDOTT e para as instituições que desejam implantar e tornar mais efetivo o processo de doação-transplante.

Frente a essas considerações o presente estudo tem por objetivo identificar quais os elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, na perspectiva dos profissionais das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem descritiva, realizado em três instituições hospitalares na região da Grande

Florianópolis em Santa Catarina que possuem CIHDOTT ativa de acordo com a classificação descritas no artigo 14 da portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009. Do total de 22 profissionais das três CIHDOTTs do estudo, participaram 20 profissionais entre médicos e enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, estar em atividade na comissão há pelo menos seis meses. Como critério de exclusão adotou-se, estar de férias, licença saúde ou maternidade no período de coleta de dados. Dois profissionais atenderam esse critério, por estarem em licença maternidade.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas, o pesquisador fez contato com os coordenadores dos referidos serviços para apresentar os objetivos do projeto e esclarecer possíveis dúvidas. Também foi solicitado o contato dos profissionais que atuam nas três CIHDOTTs. Após, foi realizado contato telefônico com os profissionais médicos e enfermeiros, para saber sobre seu interesse em participar do estudo, e diante do aceite procedeu-se com o agendamento da data, local e horário para a coleta de dados, conforme disponibilidade do participante.

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2017, por meio de entrevista semi-estruturada, todas realizadas nos serviços, cenários do estudo. As entrevistas tiveram um tempo médio de duração de 40 minutos e foi guiada pela seguinte questão norteadora: O que você identifica como elementos facilitadores para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes? As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

A organização e análise dos dados se deu por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com a utilização do *software Qualiquantisoft (QQsoft)*, versão 1.3c. Esse método propõe quatro figuras metodológicas para produzir o DSC. As Expressões chaves (ECHs) que são trechos ou transcrições literais do discurso, selecionados e que representam a essência do conteúdo da questão em análise. A Ideia Central (IC) expressão que revela e descreve o sentido de cada um dos discursos analisados. A Ancoragem (AC) que é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica. O DSC propriamente dito trata-se da reunião das ECHs presentes nos depoimentos, que têm IC ou AC de significado semelhante ou complementar de pensamento, escrito na primeira pessoa do singular para representar o pensamento de uma coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Assim sendo, o estudo foi cadastrado no *software*, contendo as características dos participantes, as questões da entrevista e as respectivas respostas. Após leitura minuciosa e crítica dos dados foi identificada às figuras metodológicas, de modo a unir as expressões-chave de mesma ideia central e/ou ancoragem, obtendo assim o DSC. A redação dos DSC aparece em *itálico*, atendendo a recomendação técnica da metodologia, pois se trata de um depoimento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e da Secretaria do Estado da Saúde sob o parecer n. 1.985.259, mediante o CAAE: 63086716.0.0000.0121 e seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Após esclarecimentos, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Autorização para Gravação de Voz. Para a identificação dos participantes e respeito ao sigilo adotou-se a letra E (Enfermeiros) e M (médicos) seguido do número correspondente a sequência das entrevistas (E1, E2, ... M1, M2, ...).

## **RESULTADOS**

Inicialmente apresenta-se o perfil dos profissionais que participaram do estudo e em seguida os resultados quantitativos que compuseram os DSC, bem como os qualitativos, que são os próprios discursos, seguidos das discussões acerca da temática.

### **Perfil dos participantes**

Todos os 20 participantes do estudo têm nível superior, sendo seis da medicina e 14 enfermeiros. Importante ressaltar que todos os membros da CIHDOTT fazem parte do quadro de funcionários efetivos da Instituição. A tabela 1 apresenta os dados coletados e processados pelo *QQsoft* quanto a caracterização dos participantes.

**Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas e profissional dos participantes. Florianópolis/SC, Brasil, 2017.

<b>Características sociodemográficas e profissional</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	13 (65%)
Masculino	07 (35%)
<b>Idade</b>	
25 – 30 Anos	03 (15%)
31 – 35 Anos	05 (25%)
36 – 40 Anos	05 (25%)
41 – 45 Anos	06 (30%)
51 – 55 Anos	01 (5%)
<b>Formação</b>	
Enfermeiro	14 (70%)
Médico	06 (30%)
<b>Grau de Escolaridade</b>	
Especialização	10 (50%)
Mestrado	10 (50%)
Doutorado	-----
<b>Tempo de atuação profissional na CIHDOTT</b>	
00 – 03 Anos	08 (40%)
04 – 07 Anos	08(40%)
08 – 11 Anos	03 (15%)
12 – 15 Anos	01 (05%)
<b>Total</b>	<b>20</b>

Fonte: Elaborado pelos autores, com auxílio do *QQsoft*, 2017

No que se refere ao sexo, foi identificada prevalência do sexo feminino. A idade variou entre 25 e 55 anos, sendo que a faixa etária que predominou foi entre 31 e 45 anos, com 16 participantes. Quanto à formação profissional, todos os participantes (20;100%) além do nível superior possuem especialização (10;50%) ou mestrado (10;50%). Em relação ao tempo de atuação a maioria dos participantes (12-60%) tem mais de quatro anos de atuação na CIHDOTT.

### **Resultados quantitativos e qualitativos do Discurso do Sujeito Coletivo**

Os depoimentos dos participantes do estudo sobre os elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes deram origem a três ICs (TABELA 2) com seus respectivos discursos.

Tabela 2 – Ideias Centrais referentes os elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Florianópolis/SC, Brasil, 2017.

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participante s	Frequência relativa (entrevistados)
IC1 – Presença de profissionais membros da CIHDOTT que atuam em Terapia Intensiva e Unidade de Emergência	10	50%
IC2 – Suporte e apoio eficiente da Central Estadual de Transplantes	07	35%
IC3 – Coordenação da CIHDOTT ativa e resolutive	03	15%
Total	20	100%

Fonte: Elaborado pelos autores, com auxílio do *QQsoft*, 2017

Os DSC elaborados a partir das ideias centrais serão apresentados a seguir, e discutidos com base na literatura.

Observa-se que o DSC1, teve uma representação expressiva (50%) e destaca como um dos elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos o fato do profissional membro da CIHDOTT atuar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Semi-intensiva e Unidade de Emergência, considerados locais estratégicos pelos profissionais.

### **IC1 – Presença na CIHDOTT de profissionais que atuam em Terapia Intensiva e Unidade de Emergência**

**DSC1:** *É uma equipe que trabalha em pontos estratégicos, emergência, UTI e semi-intensiva, todos estão inseridos nesse ambiente. Sendo assim, os profissionais membros da CIHDOTT conseguem ter um acompanhamento mais de perto, podem estar mais presente e até orientar os profissionais que estão lidando na assistência com esse tipo de paciente, então isso facilita para a abertura do protocolo. Estando lá dentro a gente consegue fazer essa identificação do potencial doador, então às vezes na própria avaliação diária, você chegou de manhã e vai em cada leito, você acaba identificando, porque ele é nosso paciente, e já podemos agilizar esse processo. Também conseguimos criar um vínculo com a família, como a gente atende o paciente, a gente acaba criando esse vínculo com os familiares, então a gente conhece a história, conhece a família, sabe como eles são. Acho que o número de*

*médicos membros da comissão é um ponto positivo, temos uma equipe bem completa, com membros tanto na UTI como na emergência tem bastante intensivistas, e eles influenciam na manutenção do potencial doador, eles também entram em contato com os médicos que estão assistindo e tudo isso acho que também facilita (E1, E2, E4, E9, E11, E13, E14, M1, M2, M6).*

O DSC 2 expressa, a importância do suporte e apoio eficientes da Central Estadual de Transplantes, bem como a capacitação fornecida aos profissionais da CIHDOTT como fatores facilitadores no processo de doação.

### **IC2 – Suporte e apoio eficiente da Central Estadual de Transplantes**

**DSC2:** *Eu acho que o suporte que gente tem da SC transplantes também ajuda muito. Às vezes, a gente esbarra em uma situação que não está conseguindo resolver, a SC Transplante, tanto na parte do sobreaviso médico, tanto o coordenador, como a equipe que está de plantão lá, eles resolvem as coisas. Eles são realmente muito ativos. O hospital é próximo da central então para mim, eu ligo para a SC e ela está aqui, eu posso ligar a qualquer hora, eu enquanto CIHDOTT, elas sempre são bem prestativas. Quanto à questão de materiais, a gente vive pedindo emprestado, então eles mandam materiais que faltam para a gente e até o socorro mesmo no sentido de: olha não sei o que fazer, explicamos a condição, e eles nos orientam. E também se não fosse essa retaguarda da central certamente a CIHDOTT desse hospital não conseguiria ter esse desempenho. A central sempre está capacitando, tem o curso de coordenador de transplantes, tem o curso de comunicação de situações críticas, agora então vai ter um curso de coordenação de sala cirúrgica, então eles sempre estão ofertando cursos para as CIHDOTTs. A SC transplante instiga muito, estimula e dá oportunidade, até os encontros que ela faz, que são um ou dois por ano, são feitos com a intenção de que haja troca de experiência entre as CIHDOTTs de Santa Catarina e é uma coisa que é bem boa, vejo que a nossa dificuldade não é só nossa. É a dificuldade de outros grupos. E o que os outros já tiveram de ideia para solucionar problemas, às vezes a gente não teve (E1, E4, E12, M1, M3, M4, M5).*

No DSC 3 somente três participantes (15%), compartilham a ideia de que a coordenação ativa e resolutiva é considerada fator facilitador no processo de doação.

### **IC3 – Coordenação da CIHDOTT ativa e resolutiva**

**DSC3:** *A coordenação da CIHDOTT é muito participante, quando tem algum problema com algum médico que bate de frente ela interfere, ela cobra, orienta, passa as orientações de como fazer a manutenção. Se algum médico demora a fazer o pedido de arteriografia, passamos isso para ela e ela na mesma hora já fala com o médico. Ela vai atrás de tudo, quer sempre melhorar, esta sempre em busca, muito comprometida, se você chega nela com um problema ela já quer resolver, então ter alguém com esse perfil na coordenação é muito importante (E3, E2, E13).*

## **DISCUSSÃO**

As unidades de terapia Intensiva, semi-intensiva e Emergência são unidades onde há grandes chances de se identificar um Possível Doador. E também, as Unidades de Terapia Intensiva são locais estruturados, com profissionais capacitados para realizar o diagnóstico de Morte Cerebral e promover a manutenção do Potencial Doador.

A visita diária para identificar possíveis doadores deve ser realizada sistematicamente pelos coordenadores de transplantes e/ou profissionais responsáveis pelas unidades onde se encontrem pacientes críticos, em todos os setores que possuam ventilador mecânico. Quando existe a identificação de um possível doador em unidade de terapia intensiva ou pronto socorro, há a obrigatoriedade de notificação compulsória a Central Estadual de Transplante (CET) (WESTPHAL, 2016).

O potencial doador é o paciente com diagnóstico de ME, no qual tenham sido descartadas as contraindicações clínicas que representam riscos aos receptores dos órgãos. É nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) que mais se encontram pacientes com lesões neurológicas agudas graves, especialmente as traumáticas, que não raramente evoluem para a ME, sendo considerados potenciais doadores de órgãos (MATTIA et al., 2010; WESTPHAL, 2016).

De acordo com a Portaria nº 1.262 de 2006, a CIHDOTT deverá se articular com os profissionais de saúde, especialmente os das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação, acompanhar o diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos e supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador a entrega do corpo do doador à família (BRASIL, 2006).

Uma das atividades no âmbito assistencial da CIHDOTT executadas pelos enfermeiros da CIHDOTT é a realização da busca ativa diária a identificação dos possíveis doadores de órgãos e tecidos em salas de recuperação pós-anestésica, UTI e emergência (WESTPHAL, 2016). No momento em que o enfermeiro identifica um paciente potencial doador, esse passa a ser monitorado pela CIHDOTT. A CIHDOTT deverá estimular seu adequado suporte para fins de doação, acompanhar o diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos e supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador a entrega do corpo do doador à família (BRASIL, 2006). Sendo assim, o fato, dos profissionais da CIHDOTT trabalharem nas Unidades de Terapia Intensiva, Semi-Intensiva e Emergência favorece a identificação precoce desse Potencial Doador, aumentando as chances desse paciente ser um doador efetivo.

Os profissionais da instituição, que estão envolvidos diretamente com a assistência, têm papel fundamental na ajuda da identificação dos potenciais doadores e posteriormente na manutenção dos mesmos, sendo assim, a CIHDOTT deverá promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2009).

Os participantes do estudo expressam ainda que por atuarem nesses setores, conseqüentemente, estão mais próximos à família do PD, o que favorece ao acolhimento e a criação de vínculo. A decisão da doação de órgãos pelos familiares pode ser influenciada pela compreensão que eles têm sobre o conceito de morte encefálica, pelas suas necessidades emocionais e cognitivas, pelas percepções quanto a qualidade dos cuidados ao potencial doador e pelo conhecimento e empatia da pessoa que faz o pedido de doação (FERNANDES; BITTENCOURT; BOIN, 2015). O profissional de enfermagem presta assistência 24 horas por dia, e é quem está mais próximo do paciente e família. Sendo assim, no decorrer do processo, devido à proximidade com a família ele consegue acolher, esclarecer possíveis dúvidas sobre diagnóstico, procedimentos e manutenção, criando um vínculo de confiança com a família.

A construção desse elo demonstra que foi alcançada uma relação de confiança, na qual os profissionais detêm a corresponsabilidade sobre o paciente em morte encefálica, servindo como interlocutor da família, dentro da instituição, durante o processo de doação de órgãos, o que pode tornar um evento facilitador para a

positivação do consentimento familiar para doação. Fato este confirmado por profissionais de uma Organização por Procura de Órgãos no estudo de Santos e Massarollo (2011), quando relatam que a assistência adequada ao potencial doador e o acolhimento oferecido aos familiares facilitam a realização da entrevista e requerem o envolvimento da equipe multiprofissional para tratar a família com honestidade e dignidade.

Sendo assim, cabe a CIHDOTT, promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição e articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e da manutenção de potenciais doadores, especialmente os das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte. Isso se deve ao fato de que a participação e o compromisso dos profissionais de saúde na identificação precoce dos possíveis pacientes em ME e o consentimento favorável à doação de órgãos pelas famílias são cruciais para a otimização dos transplantes (BRASIL, 2006).

Além do que, o envolvimento ativo dos profissionais de terapia intensiva no processo de doação tem se mostrado fundamental por favorecer a sensibilização da equipe, prover educação e treinamento, e facilitar a interface entre equipe da UTI e coordenação intra-hospitalar de transplantes (WESTPHAL, et al. 2016).

No **DSC2** é destaque o suporte e apoio eficientes da Central Estadual de Transplantes durante o processo de doação como fator facilitador no processo de doação. Percebe-se que a Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina possui uma coordenação ativa, atuando junto com as CIHDOTTs.

De acordo como Art. 8º do Decreto 9.175 de 2017 compete à CET as atividades relacionadas à promoção da organização logística e distribuição dos órgãos e/ou tecidos removidos na sua área de atuação. A CET deverá atuar junto aos estabelecimentos de saúde por meio das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, constituindo uma rede de regulação e apoio aos serviços de cuidados intensivos, emergências e administrativos (BRASIL, 2017).

O discurso também retrata como elemento facilitador do processo de doação, as capacitações realizadas pela Central Estadual de Transplantes. A participação ativa da CET na formação, capacitação, habilitação e educação permanente de seus profissionais, é uma das atribuições prevista em lei (BRASIL, 2009). O processo de doação é complexo e exige uma equipe capacitada e comprometida. Um estudo

realizado por Cappellaro, et al., (2014) enfatiza que o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar que compõe a CIHDOTT tem papel fundamental na efetivação dos transplantes e está relacionada ao empenho dos profissionais, ao seu comprometimento com o processo, conhecimento técnico e científico a cerca da morte encefálica, habilidades técnicas e humanas para lidar com as questões envolvidas, implementação de protocolos para realização de testes diagnósticos e, principalmente, com a sua sensibilidade para abordar os familiares. (CAPPELLARO, et al., 2014). Habilidades estas, que deverão ser desenvolvidas através de cursos de capacitação oferecidos pela Central Estadual de Transplantes.

O **DSC3** traz como fator facilitador no processo de doação uma coordenação ativa e resolutiva da CIHDOTT. O mesmo vai ao encontro com os resultados do estudo de Silva et al. (2015) que objetivou avaliar a viabilidade de profissional especialista em comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes, quando mostrou resultados de efetivação de doadores positivos nos hospitais após a entrada desse profissional.

De acordo com a Portaria nº 1.262 de 2006 o coordenador da CIHDOTT deverá realizar o curso de coordenador a fim de garantir um efetivo desempenho dentro da comissão. O curso deverá ter carga horária mínima de 24 horas e deverá seguir as seguintes diretrizes: detecção de potencial doador; seleção do doador; manutenção do doador de órgãos e tecidos; diagnóstico de morte encefálica; entrevista familiar para doação e atenção à família do doador; retirada dos órgãos e tecidos; meios de preservação e acondicionamento dos órgãos e tecidos; transporte dos órgãos e tecidos; informações sobre o doador a CNCDO; recomposição do corpo do doador; logística do processo doação-transplante; ética em doação e transplante; critérios de distribuição de órgãos e aspectos legais. O curso também deverá capacitar para organização da equipe de trabalho e treinamento dos integrantes.

O líder é muito importante em todas as organizações, pois o mesmo direciona, orienta, treina e avalia o desempenho da equipe para que os objetivos sejam alcançados. Exerce grande influencia nos primeiros estágios de liderança e quando a equipe se tornar uma equipe de alto desempenho o mesmo passará a ser um facilitador da equipe e suas responsabilidades serão partilhadas com a equipe. No estudo de Lanzoni e Meirelles (2011), a liderança é evidenciada como ferramenta organizacional que articula comunicação, relações interpessoais, planejamento, o compromisso com o êxito e a resolutividade de conflitos. Instituições que possuem liderança sólida são beneficiadas

com aumento da criação de vínculos, com menor rotatividade de funcionários, menos conflitos, maior envolvimento das pessoas no processo de trabalho e melhor aproveitamento dos recursos.

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar como elementos facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos para Transplante, os profissionais da CIHDOTT pertencerem ao quadro funcional dos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Semi-intensiva e Unidade de Emergência, considerados locais estratégicos para identificação precoce de um Potencial Doador. Além disso, destacaram a importância do suporte e apoio eficientes da Central Estadual de Transplantes, bem como as capacitações na área de doação e transplantes. E por último ressaltaram como facilitador do processo, uma coordenação da CIHDOTT ativa e resolutiva.

Entende-se que a efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplante depende de um serviço organizado e bem articulado com outros profissionais e organizações, com profissionais capacitados e uma liderança ativa a fim de contribuir para a diminuição do tempo e do sofrimento para aqueles que aguardam um órgão ou tecido na fila do transplante no Brasil.

Considera-se, que ao conhecer a vivência desses profissionais, e identificar os fatores que facilitam a atuação da CIHDOTT, este estudo poderá contribuir com os gestores de instituições hospitalares que desejam implementar uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes e tornar mais rápido e efetivo o processo de doação-transplante. Espera-se também, contribuir com a ampliação da produção de conhecimentos científicos a respeito dessa temática e a reflexão sobre o assunto, principalmente no que tange o trabalho da CIHDOTT, que é fundamental para a efetivação de transplantes.

## REFERÊNCIAS

ARCANJO, R.A.; OLIVEIRA, L.C.; SILVA, D.D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev Bioética**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.119-125, abr. 2013.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017.** Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria no 1.262, de 16 de junho de 2006.** Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 19 jun. 2006; seção 1:41-4.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.** Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

BRASIL. **Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, 1997

CAPPELLARO, J. et al. Intra-Hospital Committe for Donation of Organs and Tissues for Transplant: ethical issues. **Rev Rene**, [s.l.], v. 15, n. 6, p.949-956, 30 dez. 2014.

FERNANDES, M.E.N.; BITTENCOURT, Z.Z.L.C.; BOIN, I. F.S.F. Experiencing organ donation: feelings of relatives after consent. **Ver Latino-amer de Enferm**, [s.l.], v. 23, n. 5, p.895-901, out. 2015.

HEREDERO, C.P.; BERZOSA, D.L. The importance of the mechanisms for the organizational coordination in the Excellence of the Spanish Transplant System. **Intangible Capital**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.17-42, 28 abr. 2012.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Leadership of the nurse: an integrative literature review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.651-658, jun. 2011.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M.C. **Pesquisa de Representação Social: Um Enfoque Quantitativo:** a Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 224 p.

MATTIA, A.L. et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bioethikos**, Santos, v. 1, n. 4, p.66-74, mar. 2010.

SANTOS, M.J., MASSAROLO, M.C.K.B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, **Ata Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 472 – 478, 2011.

SILVA, V.S. e et al. Intra-hospital organ and tissue donation coordination project: cost-effectiveness and social benefits. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 49, p.49-72, 2015.

WESTPHAL, G.A; ASSOCIACAO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev. bras. ter. intensiva**, 2016, v.28, n.3, p.220-255.

## 4.2 MANUSCRITO 02 - DIFICULDADES NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES E INTERVENÇÕES PARA MELHORIAS: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

### **DIFICULDADES NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES E INTERVENÇÕES PARA MELHORIAS: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

#### **RESUMO**

Objetivou-se conhecer as principais dificuldades identificadas pelos profissionais das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e quais as sugestões para a melhoria no processo de doação. Estudo descritivo, qualitativo, com 20 profissionais, enfermeiros e médicos, de três Comissões de Instituições Hospitalares de Santa Catarina. A coleta de dados foi com entrevista semi-estruturada no período de junho e julho de 2017. Os dados foram organizados e analisados por meio do discurso do sujeito coletivo. Os resultados deram origem as idéias centrais: Falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o processo de doação; Dificuldade na logística dos exames clínicos e complementares para diagnóstico de ME; Falta de leitos de Terapia Intensiva para pacientes em morte encefálica e Falta de acolhimento e assistência à família do Potencial Doador. Quanto às sugestões emergiram duas Idéias Centrais: Educação continuada para os profissionais de saúde e divulgação da Comissão e Conscientização da população a respeito da doação de órgãos. Conclui-se que a efetividade da doação de órgãos e tecidos depende da rapidez e precisão com que o processo de doação se conduz e, para que isso ocorra, necessita-se de estrutura adequada, com recursos físicos e materiais apropriados e recursos humanos capacitados, bem como a educação continuada para os profissionais de saúde.

**Descritores:** obtenção de tecidos e órgãos; transplante de órgãos; Enfermagem.

#### **INTRODUÇÃO**

O processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante inicia-se com a identificação de um paciente com critérios clínicos de morte encefálica em um hospital. Sendo assim, uma das atividades da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para

Transplante (CIHDOTT) é a busca ativa diária para a identificação de pacientes com suspeita de morte encefálica em salas de recuperação pós-anestésica, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e emergência (MORAES; MASSAROLLO, 2008). Para isso, a Comissão também deverá se articular com os profissionais da instituição, considerando que a detecção precoce do paciente em morte encefálica é o primeiro passo, de todo o processo de doação e transplante e provavelmente aquele que traz maior impacto no número final de doadores de órgãos.

Um paciente é considerado possível doador quando a condição clínica é suspeita de preencher os critérios de morte encefálica e se inicia (abre) o protocolo de morte encefálica (WESTPHAL, et al. 2016). A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.173 de 2017 estabelece que os procedimentos para a determinação da morte encefálica devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supra-espinal e apneia persistente, independentemente da condição de doador ou não de órgãos e tecidos.

Cabe à CIHDOTT se articular com os profissionais de saúde, encarregados do diagnóstico de morte encefálica, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos. Deverá supervisionar todas as etapas para diagnóstico de morte encefálica, preenchimento de documentos relacionados ao processo, articular-se com os profissionais da UTI, dando suporte, contatando os profissionais para os exames clínicos e agendamento do exame de imagem complementar (BRASIL, 2006). Depois de confirmado o diagnóstico de morte encefálica, serão realizadas avaliação clínica e laboratorial do potencial doador que vão embasar a decisão da utilização dos órgãos e tecidos para transplante, com o mínimo de risco para o receptor (WESTPHAL, 2016).

Outra etapa importante do processo de doação é a manutenção do paciente em morte encefálica, já que as possíveis complicações da morte encefálica interferem na preservação dos órgãos e tecidos. Sendo assim, os profissionais responsáveis pela assistência a esse paciente, precisam ter conhecimento quanto às possíveis complicações da morte encefálica (VASCONCELOS et al., 2014).

Após confirmação do diagnóstico de morte encefálica a CIHDOTT deverá comunicar e encaminhar à Central Estadual de Transplante todos os documentos exigidos para que esta de início a logística externa para captação e transplantes dos órgãos. Deverá enviar toda a documentação do processo de diagnóstico de morte encefálica, encaminhar amostras de sangue para sorologias, realizar exame físico no

potencial doador informando todas as alterações encontradas (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2017).

A decisão quanto à doação de órgão somente deverá ser solicitada aos familiares ou responsáveis legais do paciente após o diagnóstico da morte encefálica e a comunicação da situação a eles (CFM, 2017). Após a finalização do diagnóstico de morte encefálica, a CIHDOTT realizará a entrevista familiar para solicitação da doação, sendo que, durante todo o processo de doação ela deverá promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras (BRASIL, 2006). A equipe da CIHDOTT deverá analisar sentimentos, comportamentos, crenças e valores da família, antes do início da entrevista familiar, assim como o seu entendimento quanto à ME e ao processo de doação. O desconhecimento de tais eventos por parte da família pode interferir, influenciando negativamente a decisão quanto à doação de órgãos (CINQUE; BIANCHI, 2010).

A existência e o funcionamento da CIHDOTT se faz necessária, tanto para favorecer a identificação precoce dos potenciais doadores, para implementar protocolos para realização de testes diagnósticos, comprovar a existência de morte encefálica e notificá-la, quanto para garantir a sensibilização e uma abordagem mais adequada das famílias, já que tem como um dos objetivos, proporcionar ao familiar do potencial doador uma visão positiva sobre a doação de órgãos, sendo um multiplicador do processo independente da doação positiva (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013; LADESSA; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Estudos apontam algumas dificuldades vivenciadas pela CIHDOTT no processo de doação, dentre elas a falta de engajamento dos profissionais em relação ao processo de doação, o preconceito com os possíveis doadores, a demora nos testes de confirmação de morte encefálica e a falta de recursos humanos e materiais (MATTIA ET AL., 2010; MARTÍNEZ; MEDINA; IBARRA, 2013; LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013; CAVALCANTE, et al., 2014; SOUZA et al. 2014; NOGUEIRA et al., 2015). Sendo assim, a CIHDOTT tem como dever, motivar a equipe multiprofissional a engajarem nesse compromisso com o processo de doação, promovendo programa de educação continuada a todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos e da importância do acolhimento familiar (BRASIL, 2006).

No Brasil, o estado de Santa Catarina possui 28 Instituições Hospitalares com CIHDOTTs, que lidera por vários anos o número de doadores efetivos por milhão de pessoas, sendo que no ano de 2017,

teve 282 doações efetivadas de 568 notificações de pacientes em morte encefálica e em dezembro do mesmo ano haviam 559 pessoas na lista de espera (CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC, 2017).

Diante desse cenário, a CIHDOTT pode ser considerada elemento-chave para a obtenção e viabilização de órgãos e tecidos para transplante, já que suas ações contribuem para que todas as etapas do processo de doação sejam muito bem executadas, articulando-se com os profissionais envolvidos, o que otimiza a qualidade dos órgãos ofertados a efetivação do maior número possível de doadores. No entanto, há uma escassez de estudos que mostrem como se dá a vivência desses profissionais, membros de CIHDOTTs, na sua prática.

Desse modo esta pesquisa teve como objetivo conhecer as principais dificuldades identificadas pelos profissionais das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e quais as sugestões para a melhoria no processo de doação.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado com 20 profissionais médicos e enfermeiros, membros de três Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante de instituições hospitalares em Santa Catarina que possuíam CIHDOTT. Utilizou-se como critérios de inclusão, ou seja, estar em atividade na comissão há pelo menos seis meses e em atuação no período de coleta de dados. O contato dos participantes foi fornecido pela Central Estadual de Transplantes/SC.

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2017, por meio de entrevista semi-estruturada, realizadas nos hospitais cenários do estudo. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e guiadas pelas seguintes questões: O que você identifica como fatores dificultadores para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes? O que poderia contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes? As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

A análise dos dados para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) teve como ferramenta o *software Qualiquantisoft (QQsoft), versão 1.3c*. A técnica do DSC propõe quatro figuras metodológicas para produzir o DSC. As Expressões-chaves (ECHs) que são trechos ou transcrições literais do discurso, selecionados e que representam a essência do conteúdo da questão em análise. A Ideia Central (IC) expressão que revela e descreve o sentido de cada um dos

discursos analisados. A Ancoragem (AC) que é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica. O DSC propriamente dito que é a reunião das ECHs presentes nos depoimentos, que têm IC ou AC de significado semelhante ou complementar de pensamento, escrito na primeira pessoa do singular para representar o pensamento de uma coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Para a identificação dos participantes, utilizou-se a denominação E1, E2... para enfermeiros e M1, M2... para médicos, com o intuito de preservar o anonimato dos participantes. Após esclarecimentos, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina mediante o CAAE: 63086716.0.0000.0121, sob o parecer n. 1.985.259.

## **RESULTADOS**

O estudo foi desenvolvido com 20 profissionais atuantes nas Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, todos com nível superior, dentre estes, seis médicos e 14 enfermeiros. A maioria do sexo feminino, 13 profissionais (65%) e sete do sexo masculino (35%), com idade entre 27 e 52 anos. Todos os 20 (100%) participantes possuíam algum tipo de pós-graduação, 50% possuíam especialização e 50% mestrado. Em relação ao tempo de atuação a maioria dos participantes (60%) tem mais de quatro anos de atuação na CIHDOTT.

Da análise dos dados emergiram seis ICs, com um DSC cada, sendo quatro relacionadas aos fatores dificultadores do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes e duas ICs sobre o que poderia contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Serão apresentados os resultados quantitativos que compuseram os DSC (TABELAS 1 e 2), bem como os qualitativos, que são a exposição dos próprios discursos, elaborados a partir das ideias centrais identificadas, seguidos das discussões acerca da temática.

### **Fatores dificultadores do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes**

As dificuldades apontadas pelos participantes a cerca do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, conforme consta na Tabela 1, estão relacionadas principalmente a falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais assim como a falta de acolhimento a família do potencial doador.

Tabela 1 – Ideias Centrais referentes aos fatores dificultadores para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, Florianópolis/SC, Brasil, 2017.

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participantes	Frequência relativa (entrevistados)
IC1 – Falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o processo de doação.	14	31,1%
IC2 – Dificuldade na logística dos exames clínicos e complementares para diagnóstico de ME	10	22,3%
IC3 – Falta de leitos de Terapia Intensiva para pacientes em ME	07	15,5%
IC4 - Falta de acolhimento e assistência à família do Potencial Doador pelos profissionais de saúde	14	31,1%
Total	45	100%

Fonte: Elaborado pelos autores, com auxílio do *QQsoft*, 2017

### **IC1 - Falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o processo de doação.**

**DSC1:** *A parte mais difícil é o desconhecimento dos profissionais de saúde em relação aos critérios de diagnóstico de ME, em relação ao processo de captação e doação de órgãos, em relação às contra indicações para a captação de órgão. O desconhecimento da equipe de saúde que não entende o real valor do trabalho que esta sendo feito, nem todo mundo conhece o nosso trabalho. A demora em perceber o potencial doador, em iniciar a manutenção do potencial doador ou quando o processo é de morte encefálica eles vêem como um paciente que está morto: "para que eu vou investir?" E isso reflete também na doação positiva, porque às vezes tem um ente querido, ou um parente, um amigo que escutou e isso é negativo. Eu vejo que às vezes tem pessoas que não estão preparadas para dar más-notícias. Essa má comunicação, a falta de conhecimento, a falta de treinamento, acho que*

*tudo isso interfere no processo, e contribui para que a família chegue aqui com o pé atrás, e para reverter é trabalhoso. Os pacientes com diagnóstico de ME, quando isso acontece na emergência, encontramos várias dificuldades, dos médicos que assistem, dos outros profissionais. Por mais que pedimos: “olha não fale de doação”, eles falam, dizem que a rotina é essa, e atrapalham, a família pode pensar que a gente está acelerando alguma coisa porque tem interesse nisso. Tem vários profissionais que criam resistência enorme e criam um desentendimento com a família, com a equipe, e isso responde na CIHDOTT. Muitas vezes, determinados profissionais se negam a fazer exames complementares, a gente tem que esperar trocar o plantão e pedir para outro profissional (E1, E3, E4, E6, E8, E10, E11, E12, E13, M1, M2, M3, M4, M5).*

A falha na identificação e notificação tardia de potenciais doadores representa um dos maiores obstáculos para o sucesso da doação de órgãos no cenário brasileiro, destacando como motivo principal a falta de conhecimento dos profissionais sobre este processo (SOUZA et al. 2014). Estudos mostram que o desconhecimento da equipe multiprofissional referente a essa especialidade da saúde, interferem na identificação do possível doador, na realização do diagnóstico de morte encefálica, na comunicação dessa condição aos familiares, na manutenção da viabilidade dos órgãos para transplante, na realização da entrevista familiar e na liberação do corpo do doador para sepultamento (MORAES et al., 2014; NOGUEIRA, et al., 2015).

Esses dados confirmam os achados desta pesquisa, quando os profissionais da CIHDOTT referem que alguns obstáculos vivenciados no processo de doação estão relacionados à falta de conhecimento dos profissionais em relação algumas das etapas do processo de doação, como a identificação do possível doador, critérios para diagnóstico de ME, contra-indicações da doação, bem como a falta de sensibilização desses profissionais.

As demandas de cuidados do paciente em morte encefálica só se diferenciam das de outros nas suas especificidades, pois, o objetivo da assistência é diferente e não se trata mais de um tratamento curativo. Alguns profissionais não priorizam o paciente potencial doador de órgãos e tecidos por considerar que os outros pacientes internados, com prognóstico de vida, são mais importantes. O fato do paciente em morte encefálica não possuir possibilidade de restabelecimento faz com que os profissionais se distanciem deles (CAVALCANTE, et al., 2014). Esse achado é semelhante a este estudo quando os profissionais relatam que

frente a um diagnóstico de ME, os profissionais vêem como um paciente que está morto e não investem em cuidados ao PD. Em um estudo de Moraes et.al. (2014) realizados com enfermeiros envolvidos no processo de doação, os mesmos apontam alguns obstáculos, destacando a falta de preparo, experiência e contato com essa situação na vida acadêmica e profissional.

Outra questão apontada no DSC é o fato de alguns profissionais não estarem preparados para dar má notícias. A comunicação de más notícias é uma realidade constante no cotidiano dos profissionais de saúde, constituindo-se uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Um estudo que objetivou conhecer a visão dos profissionais de saúde sobre a comunicação de má notícias, identificou que os profissionais não se sentem preparados para a comunicação da má notícia e reconhecem seus limites, medos, ansiedade. Relatam que durante a graduação não foram devidamente preparados para lidar com as emoções e sentimentos dos pacientes perante a doença grave e a morte (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Verifica-se que muitos dos problemas de oferta estão associados a falhas nos processos de reconhecimento da morte encefálica, de entrevista familiar, da manutenção clínica do doador falecido e de contra-indicações mal atribuídas (MORAES et al., 2014; FREIRE et al., 2015; NOGUEIRA et al., 2015; WESTPHAL, 2016). Sendo assim a organização do processo de doação por meio da CIHDOTTs, dentro das instituições hospitalares tem fundamental importância para efetivação das doações.

## **IC2 – Dificuldade na logística dos exames clínicos e complementares para diagnóstico de Morte Encefálica**

**DSC2:** *Nós só temos a arteriografia como exame de prova gráfica aqui no hospital, e às vezes temos dificuldade em conseguir horário, às vezes os profissionais dizem que o paciente em ME dá para esperar. Poderíamos ter a cintilografia como alternativa, temos o aparelho, mas não temos os marcadores. Às vezes a gente tem um paciente, por exemplo, com perfuração do crânio que a gente não consegue fechar o diagnóstico com a arteriografia, aí tem que deslocar o paciente para fora do hospital, então isso é uma dificuldade. Nós não temos uma ambulância com UTI móvel, dependemos do SAMU, aí demora um dia, dois, depende, porque eles não levam em consideração, acham que não é importante sabe, que está morto e não é importante. Atrasa o processo e a família está angustiada e isso é um fator que às vezes prejudica. A*

*gente depende do horário comercial, às vezes temos que mandar o paciente para fora daqui e o paciente está muito instável, não tem condições de transporte. Nós não realizamos o exame de Doppler, temos o Doppler, mas não temos quem faça o laudo. Agora recentemente tivemos um caso de um bebe de oito dias, e o único exame que podia ser feito para ele era o eletroencefalograma, mas não tinha nenhum profissional habilitado, vamos dizer assim, para laudar um eletroencefalograma de um bebe de oito dias. Então, não conseguimos finalizar o protocolo, o bebe acabou fazendo uma parada cardíaca antes do término do protocolo. No final de semana, tem muitos serviços que não nos atendem na sua totalidade, difícil achar um neurologista, a hemodinâmica a gente até consegue, mas ai tem que esperar que venha o sobreaviso e parece que estamos pedindo um favor (E1, E4, E5, E6, E10, E11, E12, M1, M2, M3).*

Para o diagnóstico de ME a legislação brasileira exige a realização de dois exames clínicos por médicos diferentes, especificamente capacitados para confirmar o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico, um teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios e um exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica (CFM, 2017).

A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e disponibilidades locais. O laudo deve ser assinado por profissional com comprovada experiência e capacitação para a realização desse tipo de exame (CFM, 2017). De acordo com as diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica são recomendados como testes gráficos preferenciais para o diagnóstico de morte encefálica: a angiografia cerebral, o Doppler transcraniano, a cintilografia cerebral e o eletroencefalograma. Na presença de distúrbios metabólicos graves, de hipotermia e de medicamentos depressores do Sistema Nervoso Central, estão indicados os exames de fluxo intracraniano: angiografia cerebral, Doppler transcraniano e cintilografia cerebral. E em casos em que há presença de algum grau de abertura da caixa craniana, como crianças abaixo de um ano, vítimas de TCE aberto e pós-operatório de craniotomia extensa, pode-se preferir a eletroencefalografia, principalmente após demonstração de fluxo residual por outros métodos (WESTPHAL, 2016).

De acordo com a legislação brasileira a CIHDOT deverá articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte

encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos e viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM (BRASIL, 2006; CFM, 2017). Mas nem sempre a instituição hospitalar dispõe de recursos materiais e humanos para o diagnóstico de ME.

No DSC2 outra dificuldade encontrada foi a logística dos exames clínicos e complementares para diagnóstico de ME, onde foram destacados a dificuldade em conseguir um horário para realização da cintilografia e a falta de exames complementares alternativos dentro da instituição, sendo necessário transportar o paciente para fora do hospital até o local do exame. Esse transporte é dificultado pelo fato da instituição não dispor de UTI móvel, sendo que o transporte deverá ser realizado pelo SAMU, tornando-se um processo prolongado e expondo o paciente a instabilidades no quadro clínico. Também foi citada, a falta de profissionais capacitados que poderiam realizar e laudar esses exames, já que em algumas instituições existe o equipamento, mas não há profissional habilitados para realizar o exame. Essa dificuldade também foi apontada por outros estudos como uma barreira que dificulta e atrasa o fechamento do protocolo de ME, podendo interferir negativamente na efetivação da doação (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013; AMORIM; AVELAR; BRANDÃO, 2010).

Sendo assim, entende-se que a efetividade da doação de órgãos e tecidos depende da rapidez e precisão com que o processo de doação se conduz e, para que isso ocorra, necessita-se de estrutura adequada, com recursos físicos e materiais apropriados e recursos humanos capacitados (FREIRE, et al., 2014).

### **IC3 - Falta de leitos de Terapia Intensiva para pacientes em ME**

**DSC3:** *A superlotação do hospital atrapalha muito, muitos desses pacientes que acabam sendo vítimas de trauma, chegam e ficam mais tempo do que deveriam no ambiente de emergência devido os poucos leitos de UTI e isso, às vezes, pode transparecer para a família como um descuido, um descaso. E a gente passa por uma pressão absurda de ter pouco leito de UTI e sempre tem muito paciente precisando, e às vezes um protocolo de morte encefálica precisa de tempo. Precisamos entrevistar a família, a família tem que discutir com um familiar que está vindo de longe e precisa de um tempo para pensar e nós estamos precisando terminar aquilo ali para receber outro paciente naquele lugar. E a emergência está pressionando a UTI por causa do leito. A UTI é o melhor lugar para manter o potencial doador, na emergência a demanda é muito grande, era para ficar lá umas 24 horas e conseguir*

*uma vaga de UTI, mas essa não é nossa realidade, acho que de nenhum hospital, então acaba abrindo protocolo lá. Então, muitas vezes, a gente já manteve pacientes na reanimação, o que é horrível, não dá para colocar uma cabeceira elevada, tem maca, não tem cama, o paciente fica hipotérmico, hipotenso, eles não passam um cateter de PAM no paciente, não controlam diurese (E1, E6, E8, E9, M2, M3, M5).*

Os cuidados relacionados ao Potencial Doador (PD) devem desenvolver-se em UTI, setor este que deve dispor de infra-estrutura apropriada, recursos humanos especializados, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (FREIRE, et al., 2014). Os custos são altos para manter um doador de órgãos, com equipe especialista, e insumos hospitalares. Para isso, o SUS criou o pagamento da diária de UTI para potenciais doadores de órgãos, visando garantir o custeio desta etapa *post mortem* do potencial doador (SILVA et al., 2015).

Segundo o levantamento do Conselho Federal de Medicina, a quantidade de leitos de UTI é insuficiente, sobretudo no SUS, onde a demanda é crescente. Em 70% dos estados não há o número de leitos de UTI preconizado pelo Ministério da Saúde para garantir o bom atendimento de sua população (CFM, 2017). A falta de leitos de UTI para uma melhor assistência ao paciente em ME é uma realidade enfrentada no dia-a-dia pelos profissionais da CIHDOTT, apresentada nos DSC3 como outro fator dificultoso no processo de doação, onde a indisponibilidade desse recurso interfere na qualidade da assistência prestada ao potencial doador. A questão apontada também foi evidenciada no estudo de Cisne et al. (2016) que teve por objetivo conhecer as dificuldades na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos, a partir da percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina. Demonstraram insatisfação em relação à infra-estrutura hospitalar, sendo referida a falta de leitos de UTI, principalmente para pacientes em investigação de ME o que compromete todas as ações necessárias no processo de doação.

#### **IC4 – Falta de acolhimento e assistência à família do Potencial Doador pelos profissionais de saúde**

**DSC4:** *O acolhimento no geral é um fator que pode contribuir ou não. Eu acho que tudo interfere, desde o momento que esse paciente foi atendido em casa pelo SAMU, que foi atendido na emergência, se em alguma dessas etapas, essa família for mal atendida, sem nenhuma informação do paciente, e se a família perceber isso, já interfere na*

*decisão da doação, como um ponto negativo. Às vezes o que acontece: um paciente politraumatizado chegou na emergência, a família quer uma informação, e lá na emergência a gente sabe a loucura que é, e os profissionais dizem para a família que agora não tem informação, vocês não podem entrar agora e acaba passando para o outro e passa 24 horas e a família não tem nenhuma informação do paciente. Na entrada, a gente vê muito assim, de paciente em estado grave e o médico falar somente como chegou, e cada novo exame não conversa com família, isso eu percebo que, depois para agente chegar enquanto membro da CIHOTT querer conversar com eles e ter um aceite para doação, para eles é complicado, porque eles falam: nunca trataram a gente bem, nunca passaram as informações certas. A gente vê que isso atrapalha muito para uma doação, às vezes a gente consegue reverter, mas às vezes a família está tão magoada que acaba não doando. A visão que eu tenho é que a nossa inserção, o nosso trabalho junto das famílias ele não é bom, ele é tardio, e por ser tardio ele tem um resultado de entrevista que é pior. Então a maior fragilidade, sem dúvida nenhuma, dentro da análise do processo é na questão da entrevista familiar (E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, M3, M4, M6).*

A falta de acolhimento e assistência à família do Potencial Doador pelos profissionais de saúde foram apontados como fator negativo no DSC4, o que interfere no processo de doação, principalmente no momento entrevista familiar para solicitação da doação. Dificuldade esta, também evidenciada no estudo de Santos e Massarollo, (2011) que aponta o atendimento dado ao paciente e aos familiares como fator que dificulta na entrevista. Sendo assim, o sucesso de uma entrevista não depende exclusivamente do entrevistador, mas de aspectos que envolvem outros profissionais, além das percepções dos familiares a respeito da atenção e assistência recebida durante o período de internação do paciente. O entrevistador consegue controlar parte desses aspectos, mas não todos, fato que impossibilita a exclusiva responsabilização desse profissional quando ocorre uma recusa quanto à doação (SANTOS, MASSAROLLO, MORAIS, 2012).

O acolhimento à família e a comunicação do quadro clínico do paciente deve ser realizada com clareza desde a entrada do paciente na instituição hospitalar e durante todo o período da sua permanência nela. Assim, os familiares que não tiveram confiança e acesso a informação do quadro clínico do paciente, que não foram tratados com educação ou

que não tiveram autorização para visitar o familiar internado, podem criticar o tratamento recebido no momento da entrevista.

Quando nos referimos à morte encefálica essa comunicação traz consigo uma sobrecarga de sentimentos e comportamentos (SANTOS, MASSAROLLO, MORAIS, 2012). Muitas vezes, a não compreensão da possibilidade de Morte Encefálica relaciona-se ao desconhecimento sobre o que levou ao agravamento do quadro, por isso a importância de a família reunir informações acerca da evolução da condição clínica (TORRES; LAGE, 2013).

A relação médico-paciente/familiar acontece pela interação e esta pela comunicação, seja ela verbal ou não-verbal. Para tanto, o médico deve compreender que sua palavra possui tanto valor quanto seu comportamento. E que à sua frente há alguém fragilizado pela doença, pela incerteza do desconhecido (MONTEIRO; QUINTANA, 2016). Os familiares do paciente ou seu responsável legal deverão ser adequadamente esclarecidos, de forma clara e inequívoca, sobre a situação crítica do paciente, o significado da ME, sobre a suspeita e início do protocolo para comprovação de morte encefálica. Essas informações possibilitam à família acompanhar, desde o início, a realização dos exames, perceber e aceitar a irreversibilidade do quadro e preparar-se para a morte do paciente. Isso também facilitará no momento da entrevista familiar. (SANTOS; MASSAROLLO, 2011; CFM, 2017).

No processo de doação e transplante, a família é o elemento principal, e a transparência desse processo só ocorre quando a família é devidamente informada e esclarecida sobre a gravidade da condição do paciente, pois a falta de esclarecimento é percebida como uma situação que gera angústia, dor e desespero. A equipe interdisciplinar de saúde deve oferecer apoio aos familiares, independentemente da manifestação contrária à doação. A postura ética e o respeito diante do sofrimento da família é um dever do profissional da captação de órgãos e da equipe que presta assistência ao potencial doador e seus familiares (MORAES; MASSAROLLO, 2009).

### **Ações que podem contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes**

A maioria (14) dos participantes referiram como principal ação para a melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos, a educação continuada dos profissionais da CIHDOTT assim como a divulgação da existência da comissão.

Tabela 2 – Ideias Centrais referentes às ações que poderiam contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Florianópolis/SC, Brasil, 2017.

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participantes	Frequência relativa (entrevistados)
IC1 – Educação continuada para os profissionais de saúde e divulgação da CIHDOTT	14	82,3
IC2 – Conscientização da população a respeito da doação de órgãos	03	17,7
Total	17	100%

Fonte: Elaborado pelos autores, com auxílio do *QQsoft*, 2017

### **IC1 – Educação continuada para os profissionais de saúde e divulgação da CIHDOTT**

**DSC1:** *Eu creio que nós precisamos fazer mais cursos de capacitação mesmo, educação continuada. Os profissionais precisam entender que eles fazem parte desse processo, que eles tenham conhecimento da importância do papel que eles têm e dos resultados que eles trazem, criar essa cultura de que é um processo importante. A orientação é fundamental. Para efetivar 100% teria que ser toda a equipe treinada, que isso deveria ser mais abordado na graduação também, outra coisa, cursos que a SC transplante nos fornecem como membros da CIHDOTT, também deveriam ser ofertados com frequência para os demais profissionais assistentes. O profissional mesmo não sendo a favor, precisa entender e respeitar a decisão da família, a opinião da pessoa. São muitas etnias, cada um tem seu jeito de pensar, mas indiferente de qual parte, religião você faz, você tem que respeitar. Acho que as pessoas devem entender que elas fazem parte desse processo, que o paciente que é um paciente potencial doador, não é um paciente da CIHDOTT, ele é paciente do hospital. Internamente, orientar e ensinar os funcionários do que se trata a CIHDOTT, que a gente não quer só a doação, mas principalmente acolher a família num momento de morte e fazer eles entenderem o que é ME. Então, uma Maior divulgação da CIHDOTT dentro e fora da instituição hospitalar. Acho que uma coisa que ajudaria muito é colocar uma disciplina sobre isso, uma disciplina lá na graduação já, isso eu senti falta na minha graduação. Cursos como comunicação de situações críticas, então inserir todo mundo no processo é fundamental, isso se dá através de*

*sensibilização, de conversa, de treinamento (E1, E4, E5, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, M2, M3, M4, M5).*

O conhecimento do processo de doação de órgãos e tecidos e das possíveis alterações do paciente em ME poderá possibilitar melhor manutenção dos órgãos e tecidos para transplante e a efetivação das doações, uma vez que o conhecimento é um dos fatores determinantes para o sucesso dos programas de transplantes (FREIRE, et al., 2014).

No DSC1 é apresentada a importância da educação continuada para os profissionais de saúde e divulgação da CIHDOTT como ação que pode contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Outros estudos também levantam a necessidade da educação continuada dos profissionais de saúde sobre a importância do processo de doação e do trabalho da CIHDOTT dentro da instituição para que haja um maior envolvimento e sensibilização da equipe de saúde no processo de doação e conseqüentemente uma maior efetivação nas doações (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013; FREIRE et al., 2014; NOGUEIRA et al., 2015; LANCET, 2016).

Estudo desenvolvido com acadêmicos de enfermagem e medicina no Brasil evidenciou pouco conhecimento destes sobre a ME e seus aspectos, assim como, com os cuidados com o PD, fato este associado às deficiências dos currículos de graduação, o que é preocupante, uma vez que eles serão futuros profissionais e saem muitas vezes despreparados para atuarem na área de transplantes (FREIRE, et al., 2014; FERREIRA; NUNES; REIS, 2013).

O DSC identificou a necessidade da inclusão de conteúdos referentes à temática dos transplantes/doação de órgãos nos cursos de graduação da área de saúde. A viabilidade da educação permanente para esses profissionais, iniciando-se desde a vivência acadêmica, sensibilizando-os quanto à importância dos profissionais de saúde no processo de doação e transplante, também foi algo apontado como necessário no estudo de Nogueira et al., (2015) para reduzir o tempo nas filas de espera por um transplante de órgão no Brasil. Assim também, o estudo de Bianchi et al., (2015) alerta para a necessidade de revisão e aperfeiçoamento dos currículos de graduação de enfermagem, assim como cursos e educação permanente para promover e disseminar o conhecimento nas dimensões técnica – científica e humana no processo do cuidado do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.

O déficit de conhecimento dos profissionais de saúde brasileiros acerca do processo de captação e transplante, somado à falta

de informação sobre a existência e funcionamento das CIHDOTTs, podem contribuir de maneira significativa para o baixo nível de captação no cenário nacional, evidenciando, desta maneira, a necessidade de melhor compreensão do processo doação/transplante por parte dos profissionais de saúde, para que se possa reforçar efetivamente a cadeia de doação no âmbito nacional (NOGUEIRA, et al., 2015).

Conforme a Portaria 1.262/GM/MS, Os membros da CIHDOTT devem responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos, sendo uma de suas atribuições a de organizar mecanismos para que seja possível responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição, familiares e comunidade sobre aspectos de doação e transplante de órgãos e tecidos (BRASIL, 2006).

Percebe-se então, que o despreparo da equipe, além de gerar estresse profissional, sofrimento familiar, compromete a eficácia do processo, sendo fundamental a educação e aperfeiçoamento, buscando evitar tais fatores, além de possibilitar a ampliação da oferta de órgãos e tecidos para transplantes, acarretando benefícios a sociedade (FREIRE, et al., 2012). O programa de capacitação interna para os colaboradores e a frequente reciclagem sobre o processo de doação para os profissionais que trabalham diretamente com pacientes críticos fortaleceram o trabalho da CIHDOTT. Na mesma perspectiva, ações educativas ofertadas aos profissionais de saúde, referentes à doação de órgãos, torna-os capacitados e motivados por fazerem parte do processo.

## **IC2 - Conscientização da população a respeito da doação de órgãos**

**DSC2:** *Primeiramente a conscientização das pessoas, a nível de mídia mesmo, porque tem muita gente que não sabe. Quando você toca no assunto doação, às vezes a gente tem a difícil tarefa de não só apresentar o serviço, dizer que nosso hospital tem esse serviço, mas também de explicar tudo para eles, porque parece que eles nunca ouviram falar disso. Eu sempre falo isso para as pessoas, porque você não vê uma divulgação sobre isso, uma vez ou outra passa uma reportagem no fantástico, você não vê um filme, uma novela, uma propaganda, um horário nobre passando sobre isso. Acho que poderia ter mais propagandas, por exemplo, já mostrou em novela e a gente viu isso refletir aqui, em algumas entrevistas que a gente fez em que as pessoas lembraram o que aconteceu na novela. Muitas pessoas acreditam que a propaganda acaba não gerando doações, mas eu penso que sim, apesar de percebermos que muitas famílias vêm já com a pré-*

*determinação de que não aceitam a doação e ponto final, mas a gente percebe que o maior problema aqui, as maiores negativas são por falta de comunicação da família mesmo. A maioria das negativas a família nunca conversou sobre doação, por mais que o familiar que tenha desejo doar, muitas vezes por o familiar nunca ter demonstrado esse interesse eles preferem que não haja doação. Mas o ideal é que haja conversas com os familiares. Então, sensibilizar a população da importância da doação para que seja eficaz. (E5, E9, E14).*

Considerando que a decisão de doação de órgãos no Brasil depende da permissão familiar, campanhas que busquem um aumento do esclarecimento da população sobre o conceito de morte encefálica e, especialmente, que incentivem as pessoas a manifestar o desejo de ser doador e discutir sua decisão com a família são estratégias importantes para amenizar esse problema (MORAIS; MORAIS, 2012). Assim, de acordo com o DSC2, elaborado a partir da ideia central a conscientização da população a respeito da doação de órgãos, os profissionais da CIHDOTT também acreditam ser necessário educar e sensibilizar a sociedade quanto ao processo de doação, disseminando a cultura de doação de órgãos.

A desinformação da população pode gerar interpretações deturpadas a respeito da captação e do transplante de órgãos. Segundo os princípios da bioética, indivíduos mal informados sobre o tema em questão não são capazes de decidir conscientemente se desejam realizar a doação dos órgãos de seu ente falecido (DALBEM; CAREGNATO, 2010).

Cabe a CIHDOTT em conjunto com a Central Estadual de Transplantes promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade. As campanhas educativas, em geral, focalizam as discussões familiares sobre o tema ou deveriam focalizar, a fim de estimular e proporcionar maiores discussões entre as famílias e esclarecimentos frente ao processo de decisão (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013). O profissional de saúde deve atuar como educador, para modificar a opinião pública quanto aos conceitos errôneos. Porém, as crenças desfavoráveis só poderão ser modificadas se os educadores estiverem bem preparados, para que, assim, haja uma estimulação da população a participar de debates sobre transplantes de órgãos e legislação (MORAIS; MORAIS, 2012).

Julga-se que este estudo poderá proporcionar aos profissionais envolvidos nas etapas do processo de doação, elementos que possam guiar suas práticas, poderá também subsidiar os gestores em doação e

transplantes de órgãos e gestores hospitalares, para medidas de intervenção para uma melhor efetivação do serviço destas comissões. Considera-se que este estudo também poderá oferecer subsídios que norteiem as práticas de ensino e assistência nessa especialidade, bem como enriquecer a produção científica da enfermagem e da saúde nessa área do conhecimento.

## CONCLUSÃO

Ao conhecer a realidade vivenciada pelos profissionais da CIHDOTT, pode-se identificar como fatores dificultadores do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes a falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o processo de doação, dificuldade na logística dos exames clínicos e complementares para diagnóstico de ME, falta de leitos de Terapia Intensiva para pacientes em ME e falta de acolhimento e assistência à família do Potencial Doador pelos profissionais de saúde. Fatores esses que interferem na identificação e manutenção do potencial doador, no diagnóstico de ME e na entrevista familiar.

Como ações que podem contribuir para a efetivação das doações, os participantes destacaram a educação continuada para os profissionais de saúde e divulgação da CIHDOTT, ou seja, formar melhor os profissionais de saúde e também de capacitar os que estão inseridos no mercado de trabalho, acerca dos temas relacionados a doação e transplantes e a Conscientização da população a respeito da doação de órgãos, pois há necessidade de programas educativos direcionados a população com a finalidade de diminuir a recusa familiar e, conseqüentemente, aumentar o número de doações e transplantes.

Sendo assim, entende-se que a efetividade da doação de órgãos e tecidos depende da rapidez e precisão com que o processo de doação se conduz e, para que isso ocorra, necessita-se de estrutura adequada, com recursos físicos e materiais apropriados e recursos humanos capacitados, bem como a educação continuada para os profissionais de saúde, iniciando-se desde a graduação e a sensibilização da população quanto à doação de órgão a fim de contribuir para a diminuição do tempo e do sofrimento para aqueles que aguardam um órgão ou tecido na fila do transplante no Brasil.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, V.; AVELAR, T.; BRANDÃO, G.. The optimization from aid of sicken the patient em death encephalic, potential donor of multiples organs. **Rev de Enferm Ufpe On Line**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.221-229, jan. 2010.

ARCANJO, R.A.; OLIVEIRA, L.C.; SILVA, D.D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev Bioética**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.119-125, abr. 2013.

BIANCHI, Mariana et al. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. **Uniciências**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.174-180, dez. 2015.

BORGES, M.S; FREITAS, G.; GURGEL, W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Ver Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s.1], v. 6, n. 3, p.113-126, mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria no 1.262, de 16 de junho de 2006**. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 19 jun. 2006; seção 1:41-4.

CAVALCANTI et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Rev Acta Paul Enferm**, Fortaleza, v. 6, n. 27, p. 567-572, 2014.

CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC. **Orientações para as etapas de Diagnóstico de ME e Entrevista Familiar**. Disponível em: <<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php/formularios-cihdott/doacao-de-multiplos-orgaos-e-tecidos/diagnostico-de-me-e-entrevista-familiar>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E.R.F. A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos. **Rev Cogitare**, São Paulo, v. 1, n. 15, p.69-73, mar. 2010.

CISNE, M.S. V. et al. Percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina sobre fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos. **Rev de Enferm na Aten Saúde**. p. 64-73. Jan/Jul 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Constituição (2017). Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. **Define Os Critérios do Diagnóstico de Morte Encefálica**.p. 50-275.

DALBEM, G.G.; CAREGNATO, R.C.A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: Recusa das famílias. **Rev Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p.728-735, dez. 2010.

FERREIRA, M.M.; NUNES, N.D.T.; REIS, R.M.. Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca da morte encefálica. **Ver Enferm Contemporânea**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.21-29, 15 ago. 2013.

FREIRE, I.L.S. et al. Facilitating aspects and barriers in the effectiveness of donation of organs and tissues. **Rev Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.925-934, dez. 2014.

FREIRE, S.G. et al. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.761-766, dez. 2012.

FREIRE, I.L.S. et al. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. **Revista Enferm Global**, Rio Grande do Norte, v. 8, n. 36, p.194-207, out. 2014.

FREIRE, Izaura Luzia Silvério et al. Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 5, p.837-845, out. 2015.

3LADESSA, L.E.C.L.; SILVA, S.C.; OLIVEIRA, P.C. Reflexões sobre o trabalho do psicólogo no processo de doação de órgãos. V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo,v.1, n.6, jan. 2015.

LANCET, The. Organ donation depends on trust. **The Lancet**, [s.l.], v. 387, n. 10038, p.2575-2575, jun. 2016. Elsevier BV.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M. C. **Pesquisa de Representação Social: Um Enfoque Quantitativo**: a Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 224 p.

LIMA, C.S.P.; BATISTA, A.C.O.; BARBOSA, S.F.F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Rev. Eletr. Enf.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.780-789, set. 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/17497/15505>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

MARTÍNEZ, F.J.M; MEDINA, B.A. D.; IBARRA, E.H. Achievements and Barriers in the Organ Donation Process: A Critical Analysis of Donation Coordinators' Discourse. **Sage Journals**. [s.i], p. 258-264. set. 2013.

MATTIA, A.L. et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bioethikos**, Santos, v. 1, n. 4, p.66-74, mar. 2010.

MONTEIRO, D.T.; QUINTANA, A.M. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.1-9, 2016.

MORAIS, T.R.; MORAIS, M.R. A importância da educação na promoção da doação de órgãos. **Rev Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.251-252, 30 set. 2012.

MORAES, E.L. et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.226-233, abr. 2014.

MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.458-464, jun. 2008.

MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.131-135, 2009.

NOGUEIRA, M.A. et al. Vivência das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos/tecidos para transplante. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [s.l.], v. 5, n. 14, p.5-11, 5 ago. 2015.

SANTOS, M.J., MASSAROLO, M.C.K.B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, **Ata Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 472 – 478, 2011.

SANTOS, M.J.; MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **O Mundo da Saúde**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.34-40, 30 mar. 2012.

SILVA, V.S. e et al. Intra-hospital organ and tissue donation coordination project: cost-effectiveness and social benefits. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 49, p.49-72, 2015.

SOUZA, R. et al., A atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v. 7, n. 3, p. 138-148, set. 2014.

TORRES, J.C.; LAGE, A.M.V. Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica. **Rev de Psicologia**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p.38-55, jun. 2013.

VASCONCELOS, Q.L.D.A.Q. et al. Laboratorial evaluation of potential donors of organs and tissues for transplantation. **Rev Rene**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.273-281, 22 jun. 2014.

WESTPHAL, G.A; ASSOCIACAO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev. bras. ter. intensiva**, 2016, v.28, n.3, p.220-255.

## Resultados quantitativos e qualitativos do discurso do sujeito coletivo

Para Lefèvre e Lefèvre (2012) a opinião proveniente dos DSC apresenta uma dupla pertinência: qualitativa e quantitativa. É qualitativa porque cada opinião coletiva é apresentada sob a forma de um discurso que representa os distintos conteúdos que formam da opinião social coletiva. E também se apresenta na forma quantitativa porque tais discursos têm uma expressão numérica, considerando coletividade de uma sociedade que compartilha idéias e opiniões. Sendo assim, apresenta-se a seguir os dados quantitativos e qualitativos obtidos de acordo com as perguntas realizadas.

Cabe informar que apesar do estudo envolver 20 participantes, haverá em algumas perguntas, um total de idéias centrais excedentes a este número, já que alguns participantes, em um mesmo relato, expressaram mais de uma ideia central.

**Pergunta1:** Fale sobre sua percepção a respeito da atuação dos profissionais da CIHDOTT.

Tabela 2: Ideias Centrais referentes à percepção da atuação dos profissionais membros da CIHDOTT. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participantes	Frequência relativa (entrevistados)
IC1 - Equipe com atuação integral, competente e comprometida com o processo de doação	17	94,4%
IC2 - Pouca atuação da Comissão dentro da instituição	01	5,6%
<b>Total</b>	18	100%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017

### IC1 – Equipe com atuação integral, competente e comprometida com o processo de doação

**DSC1:** *É um trabalho imprescindível, de muita importância, pois sem o trabalho da CIHDOTT não existe transplante, não existe doação de órgãos, então inviabiliza muita coisa. A equipe é afinada, trabalha junto, tem profissionais com grande experiência que consegue resolver os problemas, pela vivência que tem, pela formação que tem. Buscamos os objetivos e as melhores formas de ter esse processo. Os treinamentos,*

*as conversas, capacitações, fazem com que a equipe atue cada vez melhor, faça da experiência uma ferramenta para trabalhar os próximos protocolos de morte encefálica. Outro fato é por ser um grupo novo, um grupo que está bem entusiasmado para o negócio dar certo, para a gente crescer e está surtindo efeito. O comprometimento é um ponto muito forte da equipe. Temos uma atuação bem integral, sem escapes de potencial doador. Por isso que a gente consegue colocar pacientes, muitas vezes, que nem estão em protocolo, que não tem critério para entrar em protocolo ainda, mas que são possíveis candidatos (E2, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E13, E14, E16, E17, M1, M3, M9, M19).*

### **IC2 – Pouca atuação da Comissão dentro da instituição**

*DSC2: A atuação da equipe é pequena, poderia ser bem melhor, maior também, mais ampla, poderia ser mais divulgada, a gente poderia trabalhar mais, no sentido de divulgação no hospital mesmo (E15).*

**Pergunta2:** O que você espera com a sua atuação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante?

**Tabela 3:** Ideias Centrais referentes à atuação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participantes	Frequência relativa (entrevistados)
<b>IC1-</b> Acolher e conscientizar a família sobre o processo de doação	15	48,4%
<b>IC2</b> - Conhecimento e Aprendizado pessoal	03	9,6%
<b>IC3</b> - Contribuir para a efetivação do processo de doação	13	42%
<b>Total</b>	31	100%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017

### **IC1 – Acolher e conscientizar a família sobre o processo de doação**

*DSC1: A primeira coisa que eu penso é no benefício da família. É tudo muito difícil de digerir para a família, de aceitar, de compreender o que está acontecendo. A minha maior vontade é de abraçar, de fazer ela entender, de acalmar. A minha gratificação maior é da família sair daqui mais leve, mais tranquila, se sentindo amparada, acho que é isso que faz a diferença. Eu espero que seja um processo benéfico tanto para a família que está perdendo aquele ente querido, quanto para a pessoa*

*que vai receber o órgão, e para a equipe que trabalha também. Teve um caso bem dramático, de uma menina super jovem que morreu na UTI com a gente, mas que doou o coração para uma criança de 10 anos, então isso com certeza conforta a família, não tenho dúvida disso. Então, que a experiência no final das contas para aquela família que optou por autorizar seja mais positiva possível (E2, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E13, E15, E17, M1, M3, M19, M20).*

### **IC2 – Conhecimento e Aprendizado pessoal**

**DSC2:** *O mesmo tempo que eu ajudo, eu também ganho, isso para mim trás conhecimento, aprendizagem, são coisas que acrescentam na tua vida pessoal, para ti melhorar em algum ponto, acho bem importante (E2, E4, E5).*

### **IC3 – Contribuir para a efetivação do processo de doação**

**DSC3:** *No final do processo eu espero que tenha um aceite, é sempre esse o nosso objetivo, o aceite e não a recusa e caso tenha uma recusa, que tenhamos feito o possível para que essa família tenha tomado uma decisão consciente e que seja o melhor para a família. Espero que o serviço, a doação, a cultura de doação seja disseminada, seja algo natural para o serviço. Estamos aqui para tentar identificar os pontos que são de maior dificuldade para que possamos fazer esse trabalho acontecer. Sempre busquei em todas as intervenções, que o processo melhorasse e tivesse mais efetividade. Espero estar contribuindo dentro da equipe como uma pessoa que tem um papel facilitador no processo, de agilizar algumas coisas que, às vezes, precisa de um profissional médico para agilizar, então exames de imagem, arteriografia, contato com o neurologista, neurocirurgião para fazer os testes clínicos, de treinar profissionais (E5, E6, E7, E11, E13, E14, E16, E17, M3, M9, M18, M19, M20).*

**Pergunta3:** O que você identifica como fatores dificultadores do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes?

**Tabela 4:** Ideias Centrais referentes às dificuldades encontradas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participantes	Frequência relativa (entrevistados)
<b>IC1</b> - Falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o processo de doação	13	23,1%
<b>IC2</b> - Dificuldade na logística dos exames clínicos e complementares para diagnóstico de ME	10	17,8
<b>IC3</b> - Abalo emocional e psicológico	02	3,6
<b>IC4</b> - Falta de leitos de Terapia Intensiva para pacientes em ME	07	12,5
<b>IC5</b> - Falta de acolhimento e assistência a família do Potencial Doador pelos profissionais de saúde	14	25
<b>IC6</b> - Dificuldade na logística com o Centro Cirúrgico para captação dos órgãos	02	3,6
<b>IC7</b> - Estrutura física inadequada da CIHDOTT	02	3,6
<b>IC8</b> - Número insuficiente de profissionais atuando na CIHDOTT	02	3,6
<b>IC9</b> - Falha na notificação dos óbitos hospitalares a CIHDOTT	02	3,6
<b>IC10</b> - Dificuldade em implementar cursos de capacitação	02	3,6
<b>Total</b>	56	100%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017

**IC1 – Falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o processo de doação.**

**DSC1:** *A parte mais difícil é o desconhecimento dos profissionais de saúde em relação aos critérios de diagnóstico de ME, em relação ao processo de captação e doação de órgãos, em relação às contra indicações para a captação de órgão. O desconhecimento da equipe de saúde que não entende o real valor do trabalho que esta sendo feito, nem todo mundo conhece o nosso trabalho. A demora em perceber o potencial doador, em iniciar a manutenção do potencial doador ou quando o processo é de morte encefálica eles vêem como um paciente*

que está morto: "para que eu vou investir?" E isso reflete também na doação positiva, porque às vezes tem um ente querido, ou um parente, um amigo que escutou e isso é negativo. Eu vejo que às vezes tem pessoas que não estão preparadas para dar más-notícias. Essa má comunicação, a falta de conhecimento, a falta de treinamento, acho que tudo isso interfere no processo, e contribui para que a família chegue aqui com o pé atrás, e para reverter é trabalhoso. Os pacientes com diagnóstico de ME, quando isso acontece na emergência, encontramos várias dificuldades, dos médicos que assistem, dos outros profissionais. Por mais que pedimos: "olha não fale de doação", eles falam, dizem que a rotina é essa, e atrapalham, a família pode pensar que a gente está acelerando alguma coisa porque tem interesse nisso. Tem vários profissionais que criam resistência enorme e criam um desentendimento com a família, com a equipe, e isso responde na CIHDOTT. Muitas vezes, determinados profissionais se negam a fazer exames complementares, a gente tem que esperar trocar o plantão e pedir para outro profissional (E1, E3, E4, E6, E8, E10, E11, E12, E13, M1, M2, M3, M4, M5).

## **IC2 – Dificuldade na logística dos exames clínicos e complementares para diagnóstico de ME**

**DSC2:** *Só temos a arteriografia como exame de prova gráfica aqui no hospital, e às vezes temos dificuldade em conseguir horário, às vezes dizem que por ser ME dá para esperar. Claro que não dá para esperar, porque se é uma pessoa em ME pode fazer uma PCR a qualquer momento. Poderíamos ter a cintilografia como alternativa, temos o aparelho, mas não temos os marcadores. Às vezes a gente tem um paciente, por exemplo, com perfuração do crânio que a gente não consegue fechar o diagnóstico com a arteriografia, aí tem que deslocar o paciente para fora do hospital, então isso é uma dificuldade. Nós não temos uma ambulância com UTI móvel, dependemos do SAMU, aí demora um dia, dois, depende, porque eles não levam em consideração, acham que não é importante sabe, que está morto e não é importante. Atrasa o processo e a família está angustiada e isso é um fator que às vezes prejudica. A gente depende do horário comercial, às vezes temos que mandar o paciente para fora daqui e o paciente está muito instável, não tem condições de transporte. Nós não realizamos o exame de Doppler, temos o Doppler, mas não temos quem faça o laudo. Agora recentemente tivemos um caso de um bebe de oito dias, e o único exame que podia ser feito para ele era o eletroencefalograma, mas não tinha nenhum profissional habilitado, vamos dizer assim, para laudar um*

*eletroencefalograma de um bebe de oito dias. Então, não conseguimos finalizar o protocolo, o bebe acabou fazendo uma parada cárdica antes do término do protocolo. No final de semana, tem muitos serviços que não nos atendem na sua totalidade, difícil achar um neurologista, a hemodinâmica a gente até consegue, mas aí tem que esperar que venha o sobreaviso e parece que estamos pedindo um favor (E1, E4, E5, E6, E10, E11, E12, M1, M2, M3).*

### **IC3 – Abalo emocional e psicológico**

**DSC3:** *A questão emocional. Às vezes a gente se abala bastante, na hora da entrevista a gente fica um pouco ansioso, porque está lidando com uma notícia ruim e ainda abordar a família a respeito da doação, para mim, não que seja negativo, mas é mais dificultoso (E3, E14).*

### **IC4 – Falta de leitos de Terapia Intensiva para pacientes em ME**

**DSC4:** *A superlotação do hospital atrapalha muito, muitos desses pacientes que acabam sendo vítimas de trauma, chegam e ficam mais tempo do que deveriam no ambiente de emergência devido os poucos leitos de UTI e isso, às vezes, pode transparecer para a família como um descuido, um descaso. E a gente passa por uma pressão absurda de ter pouco leito de UTI e sempre tem muito paciente precisando, e às vezes um protocolo de morte encefálica precisa de tempo. Precisamos entrevistar a família, a família tem que discutir com um familiar que está vindo de longe e precisa de um tempo para pensar e nós estamos precisando terminar aquilo ali para receber outro paciente naquele lugar. E a emergência está pressionando a UTI por causa do leito. A UTI é o melhor lugar para manter o potencial doador, na emergência a demanda é muito grande, era para ficar lá umas 24 horas e conseguir uma vaga de UTI, mas essa não é nossa realidade, acho que de nenhum hospital, então acaba abrindo protocolo lá. Então, muitas vezes, a gente já manteve pacientes na reanimação, o que é horrível, não dá para colocar uma cabeceira elevada, tem maca, não tem cama, o paciente fica hipotérmico, hipotenso, eles não passam um cateter de PAM no paciente, não controlam diurese (E1, E6, E8, E9, M2, M3, M5).*

### **IC5 – Falta de acolhimento e assistência a família do Potencial Doador pelos profissionais de saúde**

**DSC5:** *O acolhimento no geral é um fator que pode contribuir ou não. Eu acho que tudo interfere, desde o momento que esse paciente foi atendido em casa pelo SAMU, que foi atendido na emergência, se em alguma dessas etapas, essa família for mal atendida, sem nenhuma*

*informação do paciente, e se a família perceber isso, já interfere na decisão da doação, como um ponto negativo. Às vezes o que acontece: um paciente politraumatizado chegou na emergência, a família quer uma informação, e lá na emergência a gente sabe a loucura que é, e os profissionais dizem para a família que agora não tem informação, vocês não podem entrar agora e acaba passando para o outro e passa 24 horas e a família não tem nenhuma informação do paciente. Na entrada, a gente vê muito assim, de paciente em estado grave e o médico falar somente como chegou, e cada novo exame não conversa com família, isso eu percebo que, depois para agente chegar enquanto membro da CIHDOTT querer conversar com eles e ter um aceite para doação, para eles é complicado, porque eles falam: nunca trataram a gente bem, nunca passaram as informações certas. A gente vê que isso atrapalha muito para uma doação, às vezes a gente consegue reverter, mas às vezes a família está tão magoada que acaba não doando. A visão que eu tenho é que a nossa inserção, o nosso trabalho junto das famílias ele não é bom, ele é tardio, e por ser tardio ele tem um resultado de entrevista que é pior. Então a maior fragilidade, sem dúvida nenhuma, dentro da análise do processo é na questão da entrevista familiar (E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, M3, M4, M6).*

#### **IC6 – Dificuldade na logística com o Centro Cirúrgico para captação dos órgãos**

**DSC6:** *Acho que é um entrave também, que já foi pior, mas que tem que melhorar um pouco, e no centro cirúrgico a questão do anestesista, às vezes eles não querem captar em tal hora, ou o centro cirúrgico não tem vaga para fazer a captação agora, só vai fazer a captação no dia seguinte de manhã, são as burocracias as maiores dificuldades que a gente tem hoje (E2, M3).*

#### **IC7 – Estrutura física inadequada da CIHDOTT**

**DSC7:** *Nós temos uma sala, mas não conseguimos receber a família ali, acolher a família de uma forma pelo menos humana, não tem como e, na emergência, nas enfermarias, tem situações que eu não tenho para onde levar a família para sentar, para conversar, para acolher. Na emergência eu não tenho nenhum ambiente para acolher essa família, a gente tem que conversar com eles no corredor, por exemplo, o que interfere no processo, na questão do potencial doador, não fica humanizado (E2, E3).*

**IC8 – Número insuficiente de profissionais atuando na CIHDOTT**

**DSC8:** *Pouco pessoal, poderiam ter mais pessoas, e o que a gente faz? a gente faz sobreaviso. Quando acontece um protocolo, tem que se virar. Então o nosso sobreaviso é o mês inteiro, porque não dá para conduzir um protocolo sozinho, não tem como, principalmente se acontece a doação, porque daí tu vai para o centro cirúrgico, e tem toda a questão da captação, da coordenação de sala, de preparo, do gelo, dos potes, dos líquidos de perfusão, da papelada, do contato com a família, então não tem como eu estar sozinha (E4, E12).*

**IC9 – Falha na notificação dos óbitos hospitalares a CIHDOTT**

**DSC9:** *Lembrando a questão das declarações de óbito, que não nos informam sobre os óbitos, poderíamos captar muito mais córneas se isso acontecesse. Na emergência, às vezes chega lá uma questão aguda e poderia ser uma doação de córnea e não tem como, porque a gente não fica nem sabendo. A declaração de óbito aqui é centralizada, a gente já pediu para informar, quando forem informados do óbito, mas daí não informam, já tentamos várias vezes, mas eles não informam, é uma coisa, um lugar que não funciona (E12, M6).*

**IC10 – Dificuldade em implementar cursos de capacitação**

**DSC10:** *Eu assim, não tive uma grande receptividade para tentar implementar um curso na entrada dos residentes, a gente vai tentar para o ano que vem, porque nem todos os profissionais tem o entendimento de que isso é importante na formação do residente. Aqui tem uma questão burocrática muito grande com relação a cursos, você não pode simplesmente chegar e fazer. Há uns dois anos montamos todo um esqueleto de curso, tinha que ser aprovado, aí eles tinham que fazer todo um processo para publicarem no site para criação de vagas, foi um negócio absurdo e quem não é acostumado acaba desistindo, e acabou ficando no papel (E14, M4).*

**Pergunta4:** Quais as intervenções que vem sendo realizadas pela CIHDOTT frente às dificuldades encontradas?

**Tabela 5:** Ideias Centrais referentes às intervenções realizadas pela CIHDOTT frente às dificuldades encontradas. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participantes	Frequência relativa (entrevistados)
<b>IC1</b> - Acolhimento e assistência precoce a família do PD	02	6,25%
<b>IC2</b> - Tentar a transferência precoce do Potencial Doador para a UTI	01	3,1%
<b>IC3</b> - Ajuste na logística de exame complementar com a gestão hospitalar	01	3,1%
<b>IC4</b> - Educação continuada com os profissionais da instituição	12	37,5%
<b>IC5</b> - Apoio técnico/assistencial aos profissionais de saúde frente aos pacientes Potenciais Doadores	05	15,6%
<b>IC6</b> - Solicitação à gestão hospitalar de intervenção para melhoria da logística no processo de doação e estrutura física	04	12,5%
<b>IC7</b> - Reunião mensal para discussão e busca de solução dos problemas apontados	04	12,5%
<b>IC8</b> - Agradecimento aos profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos	03	9,45%
<b>Total</b>	32	100%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017

### **IC1 – Acolhimento e assistência precoce a família do PD**

**DSC1:** *Quando o paciente chega na emergência a gente prefere abordar a família, e tem que criar um vínculo, porque se não cria esse vínculo não tem como acolher, amparar, ajudar, e por isso que a gente tenta sempre estar por perto. A gente procura, sempre que inicia com um protocolo de morte encefálica, ter uma aproximação maior com essa família, com flexibilização de horários, mas isso também já implica em conversar com a equipe, para que a equipe entenda isso (E14, M1).*

### **IC2 – Tentar a transferência precoce do Potencial Doador para a UTI**

**DSC2:** *A gente tenta trazer o mais rápido possível para a UTI, para maior observação e atenção, até porque na emergência não tem como, é muita correria, tem dias que aquilo lá está bem tumultuado, a gente desce para tentar ajudar (M1).*

### **IC3 – Ajuste na logística de exame complementar com a gestão hospitalar**

**DSC3:** *A situação dos exames confirmatórios a gente tem conseguido ajeitar, organizar bem com a vascular para fazer as arteriografias (M1).*

### **IC4 – Educação continuada com os profissionais da instituição**

**DSC4:** *A gente faz cursos periódicos, com todos os profissionais. Fazemos treinamento, educação continuada, todo o ano, além desses cursos extras, a gente faz com todos os residentes daqui, palestras de como diagnosticar morte encefálica e manutenção de potencial doador, a abordagem com a família. A gente prepara aulas para dar em épocas que sentimos maior necessidade, o pessoal às vezes pede e está sempre entrando gente nova, enfermeiro novo, residente novo, principalmente na emergência que tem muita rotatividade de profissionais. Aproveitamos datas festivas na instituição e eventos para inserir palestras, colocar painel da CIHDOTT, no dia nacional do doador de órgãos a gente procura fazer um evento no refeitório, tenta fazer divulgação. Outra coisa que a gente tenta melhorar nesse processo, é conversar coma equipe mesmo, tentando sensibilizar no dia a dia do nosso trabalho, conversamos com o colega, esclarecemos, tiramos dúvidas, é assim trabalho de formiguinha (E1, E2, E3, E7, E9, E10, E11, E13, M2, M3, M4, M5).*

### **IC5 – Apoio técnico/assistencial aos profissionais de saúde frente aos pacientes Potenciais Doadores**

**DSC5:** *Os nossos médicos da CIHDOTT já sabem que abriu protocolo na emergência, na UTI, já meio que tomam a frente, conversam, se colocam a disposição. Como na emergência tem muita rotatividade de médicos e a maioria da emergência quem toca são os residentes, claro eles ficam um pouco perdidos em como vai realizar os testes, o funcionamento dos protocolos, mas como a gente tem os nossos médicos também por trás, acabam dando esse amparo e a coisa flui (E2, E8, E13, E14, M5).*

**IC6 – Solicitação à gestão hospitalar de intervenção para melhoria da logística no processo de doação e estrutura física**

**DSC6:** *Já definimos e reestruturamos bem com a gestão hospitalar a execução da prova gráfica. Nós fizemos pelo menos umas seis reuniões para organizar os sistemas de alarme de óbitos do hospital, para permitir que a gente possa fazer as entrevistas e essas seis reuniões não foram suficientes. Quanto à necessidade de uma sala para a CIHDOTT, já foi solicitado para a chefia da emergência, não só para a CIHDOTT, mas notícias em geral, de óbito, não só para entrevistar (E3, E11, M2, M6).*

**IC7 – Reunião mensal para discussão e busca de solução dos problemas apontados**

**DSC7:** *Realizamos uma reunião mensal para discussão de todos os protocolos e possíveis problemas que a gente vem enfrentando durante o mês, a busca de soluções para esses problemas, então isso sempre tem que acontecer. Conversamos nos setores, realizamos várias reuniões com a direção do hospital, com os coordenadores de cada local para ver formas para melhorar essa logística (E5, E9, E10, M2).*

**IC8 – Agradecimento aos profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos**

**DSC8:** *A gente sempre divulga, uma coisa importante que melhorou muito assim a nossa visibilidade, é que a cada seis meses a gente coloca o que foi captado nos setores de apoio. Normalmente a gente faz um cartaz para todos que se envolvem, desde o laboratório, centro cirúrgico, recepção quando libera a visita para essa família, os exames, o médico que faz exame cardíaco. Então a gente tenta agradecer a todas essas pessoas, tem o médico que faz o exame neurológico. A gente faz um cartaz com o número de órgãos que conseguimos captar, e mostramos que no ano tal, o hospital junto com toda essa equipe, conseguiu tantos órgãos, salvamos tantas vidas, alguma coisa que dê ênfase para mostrar o trabalho onde todos ajudaram (E7, E10, E13).*

**Pergunta5:** O que você identifica como elementos facilitadores para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes?

**Tabela 6:** Ideias Centrais referentes aos elementos facilitadores para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participantes	Frequência relativa (entrevistados)
<b>IC1</b> - Equipe capacitada, integrada e comprometida	07	19,5%
<b>IC2</b> - Presença de profissionais membros da CIHDOTT que atuam em Terapia Intensiva e Unidade de Emergência	10	27,8%
<b>IC3</b> - Agilidade na liberação de sala cirúrgica para captação	02	5,6%
<b>IC4</b> - Suporte e apoio eficiente da Central de transplantes	07	19,5%
<b>IC5</b> - Reuniões mensais para discussão dos protocolos aplicados	03	8,3%
<b>IC6</b> - Apoio e comprometimento da equipe da UTI	01	2,7%
<b>IC7</b> - Apoio da gestão hospitalar na melhoria da logística do processo de doação	03	8,3%
<b>IC8</b> - Instituição hospitalar com referência para traumatologia	01	2,7%
<b>IC9</b> - Coordenação da CIHDOTT ativa e resolutiva	02	5,6%
<b>Total</b>	36	100%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017

### **IC1 – Equipe capacitada, integrada e comprometida**

**DSC1:** *Equipe bem capacitada, com experiência. É um grupo bem integrado, pessoal se ajuda bastante quando precisa. Acho que temos uma equipe com bastante dinamismo, uma equipe que está sempre conversando. Então essa questão de dinamismo, pessoal pró-ativo. A gente discute o caso, a gente debate junto, a mesma coisa acontece na equipe de enfermagem, às vezes a gente está de sobreaviso, mas o outro está no hospital e ele então "não pode deixar que eu veja". Fazemos um protocolo rápido, não temos perdas de busca ativa, tocamos bem um protocolo (E1, E3, E5, E7, E11, M1, M3).*

**IC2 – Presença de profissionais membros da CIHDOTT que atuam em Terapia Intensiva e Unidade de Emergência**

**DSC2:** *É uma equipe que trabalha em pontos estratégicos, emergência, UTI e semi-intensiva, todos estão inseridos nesse ambiente. Sendo assim, os profissionais membros da CIHDOTT conseguem ter um acompanhamento mais de perto, podem estar mais presente e até orientar os profissionais que estão lidando na assistência com esse tipo de paciente, então isso facilita para a abertura do protocolo. Estando lá dentro a gente consegue fazer essa identificação do potencial doador, então às vezes na própria avaliação diária, você chegou de manhã e vai em cada leito, você acaba identificando, porque ele é nosso paciente, e já podemos agilizar esse processo. Também conseguimos criar um vínculo com a família, como a gente atende o paciente, a gente acaba criando esse vínculo com os familiares, então a gente conhece a história, conhece a família, sabe como eles são. Acho que o número de médicos membros da comissão é um ponto positivo, temos uma equipe bem completa, com membros tanto na UTI como na emergência tem bastante intensivistas, e eles influenciam na manutenção do potencial doador, eles também entram em contato com os médicos que estão assistindo e tudo isso acho que também facilita (E1, E2, E4, E9, E11, E13, E14, M1, M2, M6).*

**IC3 – Agilidade na liberação de sala cirúrgica para captação**

**DSC3:** *Acho o nosso centro cirúrgico bem bom, eu só aviso o horário e está tudo pronto, a qualquer horário, não tem tempo ruim, a enfermeira sempre abre uma sala, suspende uma cirurgia que iria entrar. Desde que comecei foram poucos casos assim que atrasaram por conta do centro cirúrgico, geralmente a gente tem um livre acesso, usa a sala de urgência e emergência (E7, M1).*

**IC4 – Suporte e apoio eficiente da Central de transplantes**

**DSC4:** *Eu acho que o suporte que gente tem da SC transplantes também ajuda muito. Às vezes, a gente esbarra em uma situação que não está conseguindo resolver, a SC Transplante, tanto na parte do sobreaviso médico, tanto o coordenador, como a equipe que está de plantão lá, eles resolvem as coisas. Eles são realmente muito ativos. O hospital é próximo da central então para mim, eu ligo para a SC e ela está aqui, eu posso ligar a qualquer hora, eu enquanto CIHDOTT, elas sempre são bem prestativas. Quanto à questão de materiais, a gente vive pedindo emprestado, então eles mandam materiais que faltam para*

*a gente e até o socorro mesmo no sentido de: olha não sei o que fazer, explicamos a condição, e eles nos orientam. E também se não fosse essa retaguarda da central certamente a CIHDOTT desse hospital não conseguiria ter esse desempenho. A central sempre está capacitando, tem o curso de coordenador de transplantes, tem o curso de comunicação de situações críticas, agora então vai ter um curso de coordenação de sala cirúrgica, então eles sempre estão ofertando cursos para as CIHDOTTs. A SC transplante instiga muito, estimula e dá oportunidade, até os encontros que a SC faz, que são um ou dois por ano, são feitos com a intenção de que haja troca de experiência entre as CIHDOTTs de Santa Catarina e é uma coisa que é bem boa, vejo que a nossa dificuldade não é só nossa, é a dificuldade de outros grupos. E o que os outros já tiveram de ideia para solucionar problemas, às vezes a gente não teve (E1, E4, E12, M1, M3, M4, M5).*

#### **IC5 – Reuniões mensais para discussão dos protocolos aplicados**

**DSC5:** *A gente tem essa possibilidade de troca, de a gente poder reavaliar, a gente de fato faz isso e isso permite a gente melhorar, em fim, o que a gente precisa sistematizar, as coisas que precisamos identificar, quais são as situações, ou pontos, ou mesmo profissionais que atrapalharam de alguma forma o protocolo, como foi abordado a família, trocamos informações e em fim, crescemos e amadurecemos juntos. Está sendo muito importante para o crescimento do grupo (M1, M2, M3).*

#### **IC6 – Apoio e comprometimento da equipe da UTI**

**DSC6:** *Eu acredito que seja a parceria principalmente de todos da UTI, geralmente o paciente está na UTI, é muito raro um protocolo que a gente abre na emergência, então a parceria da equipe toda da UTI (E4).*

#### **IC7 – Apoio da gestão hospitalar na melhoria da logística do processo de doação**

**DSC7:** *A gente teve um gestor aqui que ficou pouco tempo, ele acolheu muito as nossas angústias. Às vezes, por uma burocracia mínima, e que era simplesmente ir lá e liberar, ele conseguiu melhorar: liberação de aparelho para exame, contratação de médico. Então a gente teve esse avanço assim de ter essa parceria. Até o fluxo da arteriografia, que a gente tinha antes dificuldades ele conseguiu organizar e colocar um sobreaviso com plantão de horário, um período maior. Às vezes não tinha anestesista então ele conseguiu escutar a gente, nossas angústias,*

*porque às vezes a gente queria fazer, mas não dava porque não tinha anestesista, então hoje tem (E2, E10, M4).*

### **IC8 – Instituição hospitalar com referência para traumatologia**

**DSC8:** *Primeiro o perfil do hospital, por a gente receber trauma, então é um hospital que tem um grande potencial de doador, por causa do perfil (E5).*

### **IC9 – Coordenação da CIHDOTT ativa e resolutiva**

**DSC9:** *A coordenação da CIHDOTT é muito participante, então se tem algum problema com algum médico que bate de frente ela interfere, ela cobra, orienta, passa as orientações de como fazer a manutenção. Se algum médico demora a fazer o pedido de arteriografia, passamos isso para ela e ela na mesma hora já fala com o médico. Ela vai atrás de tudo, quer sempre melhorar, esta sempre em busca, muito comprometida, se você chega nela com um problema ela já quer resolver, então ter alguém com esse perfil na coordenação é muito importante (E3, E13).*

**Pergunta6:** Para você, o que poderia contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

**Tabela 7:** Ideias Centrais referentes às ações que poderia contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

Ideias Centrais (ICs)	(n) Participantes	Frequência relativa (entrevistados)
<b>IC1</b> - Educação continuada para os profissionais de saúde e divulgação da CIHDOTT	14	60,8%
<b>IC2</b> - Melhoria da logística no processo de doação de órgãos	03	13%
<b>IC3</b> - Coordenação mais atuante e resolutiva	01	4,4%
<b>IC4</b> - Número adequado de profissionais atuando na CIHDOTT	02	8,7%
<b>IC5</b> - Conscientização da população a respeito da doação de órgãos	03	13,1%
Total	23	100%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017

## **IC1 – Educação continuada para os profissionais de saúde e divulgação da CIHDOTT**

**DSC1:** *Eu creio que nós precisamos fazer mais cursos de capacitação mesmo, educação continuada. Os profissionais precisam entender que eles fazem parte desse processo, que eles tenham conhecimento da importância do papel que eles têm e dos resultados que eles trazem, criar essa cultura de que é um processo importante. A orientação é fundamental. Para efetivar 100% teria que ser toda a equipe treinada, que isso deveria ser mais abordado na graduação também, outra coisa, cursos que a SC transplante nos fornecem como membros da CIHDOTT, também deveriam ser ofertados com frequência para os demais profissionais assistentes. O profissional mesmo não sendo a favor precisa entender e respeitar a decisão da família, a opinião da pessoa. São muitas etnias, cada um tem seu jeito de pensar, mas indiferente de qual parte, religião você faz, você tem que respeitar. E quando tu entrar na instituição, você vai conhecer a instituição, mas também ter um dia de aula só sobre isso, a política do hospital é essa, e você tem que trabalhar assim. Acho que as pessoas devem entender que elas fazem parte desse processo, que o paciente que é um paciente potencial doador, não é um paciente da CIHDOTT, ele é paciente do hospital. Internamente, orientar e ensinar os funcionários do que se trata a CIHDOTT, que a gente não quer só a doação, mas principalmente acolher a família num momento de morte e fazer eles entenderem o que é ME. Então, uma Maior divulgação da CIHDOTT dentro e fora da instituição hospitalar. Acho que uma coisa que ajudaria muito é colocar uma disciplina sobre isso, uma disciplina lá na graduação já, isso eu senti falta na minha graduação. Cursos como comunicação de situações críticas, então inserir todo mundo no processo é fundamental, isso se dá através de sensibilização, de conversa, de treinamento (E1, E4, E5, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, M2, M3, M4, M5).*

## **IC2 – Melhoria da logística no processo de doação de órgãos**

**DSC2:** *Mais leito na UTI sempre disponível, se tivesse uma coisa assim reservada. Melhorar nossa estrutura de prova gráfica, exames disponíveis, sem dificuldades para fechar o protocolo. Se a gente tivesse um Doppler dentro da UTI, pela facilidade, pela agilidade da gente estar podendo fazer dentro da UTI. Outra coisa, seria ter no centro cirúrgico uma equipe de sobreaviso (E1, E6, E10).*

**IC3 – Coordenação mais atuante e resolutiva**

**DSC3:** *Uma boa coordenação, uma coordenação atuante, que pegue junto com os profissionais (E4).*

**IC4 – Número adequado de profissionais atuando na CIHDOTT**

**DSC4:** *Eu acho que no número de profissionais maior também contribuiria, eu achava muito importante ter pelo menos um profissional da equipe exclusivo para a CIHDOTT, para correr atrás de treinamento, de educação continuada, de busca ativa (E4, E12).*

**IC5 – Conscientização da população a respeito da doação de órgãos**

**DSC5:** *Primeiramente a conscientização das pessoas, a nível de mídia mesmo, porque tem muita gente que não sabe. Quando você toca no assunto doação, às vezes a gente tem a difícil tarefa de não só apresentar o serviço, dizer que nosso hospital tem esse serviço, mas também de explicar tudo para eles, porque parece que eles nunca ouviram falar disso. Eu sempre falo isso para as pessoas, porque você não vê uma divulgação sobre isso, uma vez ou outra passa uma reportagem no fantástico, você não vê um filme, uma novela, uma propaganda, um horário nobre passando sobre isso. Acho que poderia ter mais propagandas, por exemplo, já mostrou em novela e a gente viu isso refletir aqui, em algumas entrevistas que a gente fez em que as pessoas lembraram o que aconteceu na novela. Muitas pessoas acreditam que a propaganda acaba não gerando doações, mas eu penso que sim, apesar de percebermos que muitas famílias vem já com a pré-determinação de que não aceitam a doação e ponto final, mas a gente percebe que o maior problema aqui, as maiores negativas são por falta de comunicação da família mesmo. A maioria das negativas a família nunca conversou sobre doação, por mais que o familiar que tenha desejo doar, muitas vezes por o familiar nunca ter demonstrado esse interesse eles preferem que não haja doação. Mas o ideal é que haja conversas com os familiares. Então, sensibilizar a população da importância da doação para que seja eficaz (E5, E9, E14).*

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender a vivência das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes que atuam no processo de doação. A partir da reflexão desses profissionais sobre a sua atuação no processo de doação, foi possível identificar elementos facilitadores no processo, como a importância do profissional da CIHDOTT fazer parte do quadro funcional de Unidades de Terapia Intensiva, Semi-intensiva e Emergências. Os profissionais da CIHDOTT percebem que isso facilita para a identificação precoce do paciente potencial doador e os aproxima dos profissionais que estão na assistência, permitindo melhor articulação com esses profissionais e também, ter uma participação mais efetiva no processo de doação.

Além disso, a importância do suporte e apoio eficientes da Central Estadual de Transplantes e uma coordenação da CIHDOTT ativa e resolutiva também foram apontados como fatores facilitadores no processo de doação, o que favorece para que a Comissão permaneça atuante e efetiva dentro da instituição.

Entre as dificuldades encontradas pela comissão durante o desenvolvimento do processo identificou-se a falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o processo de doação, dificuldade na logística dos exames clínicos e complementares para diagnóstico de ME, falta de leitos de Terapia Intensiva para pacientes em ME e falta de acolhimento e assistência à família do Potencial Doador pelos profissionais de saúde. Esses são fatores que interferem na identificação e manutenção do potencial doador, no diagnóstico de ME e na entrevista familiar, diminuindo as chances de alguém que espera por um órgão para garantir uma melhor qualidade de vida.

O conhecimento que emergiu a partir da realidade vivida pelos médicos e enfermeiros da CIHDOTT, revela a necessidade urgente de implantar estratégias que permitam minimizar as dificuldades encontradas, já que a efetividade da doação de órgãos e tecidos depende da rapidez e precisão com que o processo de doação se conduz.

A educação continuada para os profissionais de saúde é apontada como uma necessidade para vencer os obstáculos e obter uma melhor efetivação do processo de doação. E os profissionais da CIHDOTT são pessoas estratégicas dentro da instituição, para promover a cultura de doação, sensibilizando os profissionais de saúde que participam do processo.

Frente à realidade apresentada, para que o processo de doação seja efetivo dentro das instituições hospitalares, necessita-se de uma estrutura adequada, com recursos físicos e materiais apropriados e recursos humanos capacitados, bem como a educação continuada para os profissionais de saúde, iniciando-se desde a graduação. Também se faz necessário que o poder público inclua atividades educativas nas políticas de atenção a saúde, tendo como base referenciais teóricos e modelos cientificamente reconhecidos, destinados a população a fim de esclarecer à comunidade o conceito de morte encefálica e incentivar a discussão sobre doação nas famílias. O esclarecimento e a sensibilização da população quanto à doação de órgão pode contribuir para a diminuição do tempo e do sofrimento para aqueles que aguardam um órgão ou tecido na fila do transplante no Brasil.

Este estudo possibilitou, a partir da experiência dos profissionais da CIHDOTT, compreender o significado da ação desses profissionais que vivenciam em seu cotidiano de trabalho o processo de atuação, que é marcado por dificuldades que interferem na viabilização da doação. Os dados obtidos a partir da reflexão dos sujeitos do estudo apontam caminhos para superar os obstáculos no processo de doação a fim de reduzir o tempo nas filas de espera por um transplante de órgão, minimizando o sofrimento da pessoa que espera pelo órgão.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, V.; AVELAR, T.; BRANDÃO, G.. The optimization from aid of sicken the patient em death encephalic, potential donor of multiples organs. **Rev de Enferm Ufpe On Line**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.221-229, jan. 2010.

ARAÚJO, F.N.A. et al. Organs and tissues transplantation: analysis of nurses' performance in the process of donation and capture. **Rev. pesq.: cuid. fundam. Online**, v.3, n.1, p. 1739-1746, mar. 2011.

ARAÚJO, M.N.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. **Acta paul. enferm.** [online]. v.27, n.3, p.215-220, 2014.

ARCANJO, R.A.; OLIVEIRA, L.C.; SILVA, D.D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev Bioética**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.119-125, abr. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Diretrizes Básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos para Transplante, 2009.

BARRETO, B.S. et al. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, v. 18, n. 3, p.40-48, set. 2016.

BIANCHI, Mariana et al. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. **Uniciências**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.174-180, dez. 2015.

BORGES, M.S; FREITAS, G.; GURGEL, W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Ver Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s.1], v. 6, n. 3, p.113-126, mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria no 1.262, de 16 de junho de 2006**. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e

Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 19 jun. 2006; seção 1:41-4.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Brasília, 2001.

BRASIL. **Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: CNS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde: Sistema Nacional de Transplantes. Jun, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/969-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/snt-2/snt-2-linha-1-coluna-2/13426-sobre-o-sistema-nacional-de-transplantes>. Acesso em: 02 fev 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009**. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.752, de 23 de setembro de 2005**. Aprova o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 27 set. 2005; seção 1:54.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 905, de 16 de agosto de 2000. Estabelece a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento de Comissão Intrahospitalar de Transplantes passa a integrar o rol das exigências para

cadastro de Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II e III, estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, e para inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar em 182 Atendimento de Urgências e Emergências, nos tipos I, II e III, fixadas pela Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999.

CAPPELLARO, J. et al. Intra-Hospital Committe for Donation of Organs and Tissues for Transplant: ethical issues. **Rev Rene**, [s.l.], v. 15, n. 6, p.949-956, 30 dez. 2014.

CAVALCANTI et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Rev Acta Paul Enferm**, Fortaleza, v. 6, n. 27, p. 567-572, 2014.

CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE/SC. **Orientações para as etapas de Diagnóstico de ME e Entrevista Familiar**. Disponível em: <<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php/formularios-cihdott/doacao-de-multiplos-orgaos-e-tecidos/diagnostico-de-me-e-entrevista-familiar>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E.R.F. A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos. **Rev Cogitare**, São Paulo, v. 1, n. 15, p.69-73, mar. 2010.

CISNE, M.S. V. et al. Percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina sobre fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos. **Rev de Enferm na Aten Saúde**. p. 64-73. Jan/Jul 2016.

CONCEIÇÃO, M.P.S. et al. Análise dos motivos para não doação de órgãos em hospital de referência na Amazônia. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**. São Paulo, p. 118-122. mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação de enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. Brasília, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Constituição (2017). Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. **Define Os Critérios do Diagnóstico de Morte Encefálica**.p. 50-275.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.826, de 24 de outubro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.

DALBEM, G.G.; CAREGNATO, R.C.A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: Recusa das famílias. **Rev Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p.728-735, dez. 2010.

FERNANDES, M.E.N.; BITTENCOURT, Z.Z.L.C.; BOIN, I. F.S.F. Experiencing organ donation: feelings of relatives after consent. **Ver Latino-amer de Enferm**, [s.l.], v. 23, n. 5, p.895-901, out. 2015.

FERREIRA, M.M.; NUNES, N.D.T.; REIS, R.M.. Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca da morte encefálica. **Ver Enferm Contemporânea**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.21-29, 15 ago. 2013.

FONSECA, P.I.M. N. et al. Family interview for organ donation: necessary knowledge according to coordinators in organ transplants. **Rev de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.3979-3990, 7 jan. 2016.

FREIRE, I.L.S. et al. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. **Revista Enferm Global**, Rio Grande do Norte, v. 8, n. 36, p.194-207, out. 2014.

FREIRE, Izaura Luzia Silvério et al. Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 5, p.837-845, out. 2015.

FREIRE, I.L.S. et al. Facilitating aspects and barriers in the effectiveness of donation of organs and tissues. **Rev Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.925-934, dez. 2014.

FREIRE, S.G. et al. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.761-766, dez. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GONÇALVES, A.A. et al. The nurse leading the process of organ and tissue procurement with the potential donor's family. **Journal Of Nursing**. Belo Horizonte, p. 1193-1201, mai. 2012.

HEREDERO, C.P.; BERZOSA, D.L. The importance of the mechanisms for the organizational coordination in the Excellence of the Spanish Transplant System. **Intangible Capital**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.17-42, 28 abr. 2012.

LADESSA, L.E.C.L.; SILVA, S.C.; OLIVEIRA, P.C. Reflexões sobre o trabalho do psicólogo no processo de doação de órgãos. V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo, v.1, n.6, jan. 2015.

LANCET, The. Organ donation depends on trust. **The Lancet**, [s.l.], v. 387, n. 10038, p.2575-2575, jun. 2016. Elsevier BV.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Leadership of the nurse: an integrative literature review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.651-658, jun. 2011.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M. C. **Pesquisa de Representação Social: Um Enfoque Quantitativo**: a Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 224 p.

LIMA, A.A.F.; SILVA, M.J.P.; PEREIRA, L.I. Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. **Revista Enfermería Global**, São Camilo, v. 8, n. 15, p.1-16, fev. 2009. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/49521>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

LIMA, C.S.P.; BATISTA, A.C.O.; BARBOSA, S.F.F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Rev. Eletr. Enf.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.780-789, set. 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/17497/15505>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

MARTÍNEZ, F.J.M; MEDINA, B.A. D.; IBARRA, E.H. Achievements and Barriers in the Organ Donation Process: A Critical Analysis of Donation Coordinators' Discourse. **Sage Journals**. [s.i], p. 258-264. set. 2013.

MARTINI, M. et al. O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos. **Rev Brasileira de Ciências da Saúde**, n. 18, out/dez 2008.

MATTIA, A.L. et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bioethikos**, Santos, v. 1, n. 4, p.66-74, mar. 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MONTEIRO, D.T.; QUINTANA, A.M. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.1-9, 2016.

MORAES, E.L. et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.226-233, abr. 2014.

MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.458-464, jun. 2008.

MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.131-135, 2009.

MORAIS, T.R.; MORAIS, M.R. A importância da educação na promoção da doação de órgãos. **Rev Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.251-252, 30 set. 2012.

NOGUEIRA, M.A. et al. Vivência das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos/tecidos para transplante. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [s.l.], v. 5, n. 14, p.5-11, 5 ago. 2015.

PESSOA, J.L.E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B.A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.323-330, 2013.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTE. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016). São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XXII, n.4, 2016.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2008-2015). São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XXI, n.4, 2015.

ROSÁRIO, E.N. do et al. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.260-266, set. 2013.

SANTA CATARINA. Central Estadual de Transplantes. **Histórico da Instituição**. Disponível em:

<[http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=14&Itemid=51](http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=51)>. Acesso em: 11 jun. 2016.

SANTA CATARINA. Central Estadual de Transplantes. **Estatísticas 2016**. Disponível em:

<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/images/2016/setembro%202016.pdf>. Acesso em : 01 out. 2016.

SANTA CATARINA. Central Estadual de Transplantes. **Orientações para as etapas de diagnóstico de morte encefálica e entrevista familiar**. Disponível em:

<<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php/formularios-cihdott/doacao-de-multiplos-orgaos-e-tecidos/diagnostico-de-me-e-entrevista-familiar>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

SANTOS, M.J., MASSAROLO, M.C.K.B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, **Ata Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 472 – 478, 2011.

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; MORAES, E.L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para

transplante. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 5, p.788-794, 2012.

SANTOS, M.J.; MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **O Mundo da Saúde**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.34-40, 30 mar. 2012.

SECRETARIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Hospital Governador Celso Ramos. Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3304:hospital-celso-ramos-completa-47-anos-de-fundacao-e-inaugura-centro-de-convivencia&catid=864:ascom-assessoria-de-comunicacao-2013&Itemid=258](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3304:hospital-celso-ramos-completa-47-anos-de-fundacao-e-inaugura-centro-de-convivencia&catid=864:ascom-assessoria-de-comunicacao-2013&Itemid=258). Acesso em: 01 set. 2016.

SECRETARIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes. Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3354&Itemid=524](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3354&Itemid=524). Acesso em: 01 out. 2016.

SILVA, O.C., SOUZA, F.F., NEJO, P. Doação de órgãos para transplantes no Brasil: o que está faltando? O que pode ser feito? **ABCD Arq Bras Cir Dig**. 2011; 24(2):93-4

SILVA, A.L.R. et al. **Orientação aos usuários das Unidades de Internação**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/06/cartilhaOrientacoesUsuariosUnidadesInternacao.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.

SILVA, M.T. et al. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos: revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, Paraíba, v. 1, n. 14, p.37-46, abr. 2016.

SILVA, V.S. et al. In-house coordination project for organ and tissue procurement: social responsibility and promising results. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p.1-7, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, V.S. e et al. Intra-hospital organ and tissue donation coordination project: cost-effectiveness and social benefits. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 49, p.49-72, 2015.

SOUZA, R. et al., A atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v. 7, n. 3, p. 138-148, set. 2014.

TORRES, J.C.; LAGE, A.M.V. Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica. **Rev de Psicologia**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p.38-55, jun. 2013.

VASCONCELOS, Q.L.D.A.Q. et al. Laboratorial evaluation of potential donors of organs and tissues for transplantation. **Rev Rene**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.273-281, 22 jun. 2014.

VESCO, N.L. et al. Conhecimento do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Revista de Enfermagem Ufpe OnLine**, Recife, v. 10, n. 5, p.1615-1624, maio 2016.

VIEIRA, M.S.; NOGUEIRA, L.T. O processo de trabalho no contexto da doação de órgãos e tecidos. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.825-831, 18 fev. 2016.

WESTPHAL, G.A.; ASSOCIACAO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev. bras. ter. intensiva**, 2016, v.28, n.3, p.220-255.

WESTPHAL, G.A. et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.255-268, set. 2011.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido  
(Entrevista)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Marcieli Koerich, mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, juntamente com a Profa. Dra. Eliane Regina P. do Nascimento (pesquisadora responsável), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Vivência dos profissionais membros de comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT): Potencialidades e fragilidades**”, que tem como objetivos analisar as vivências dos profissionais de hospitais públicos da região da Grande Florianópolis que participam da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT); identificar como os profissionais da CIHDOTT percebem a atuação da equipe de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante; identificar quais as sugestões dos profissionais para a melhoria da qualidade do serviço; conhecer como se dá a articulação dos profissionais da CIHDOTT com os profissionais da unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico envolvidos no processo de doação e captação de órgãos. Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, sobre a vivência dos profissionais que participam da CIHDOTT, que será áudio-gravada, com duração de aproximadamente 40 minutos, em lugar privativo. Posteriormente, a entrevista será transcrita por nós,

pesquisadoras, mas sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo. Outro passo será a validação da entrevista, para tanto o participante poderá escolher em receber a entrevista transcrita por email ou agendar um segundo encontro para que possa validar as informações, havendo a possibilidade de fazer alterações se necessário. Em seguida será solicitado a assinatura do participante para confirmação das informações. Os resultados pretendem beneficiar a sociedade, contribuindo com uma análise das vivências dos profissionais da CIHDOTT e auxiliando em reflexões sobre as atividades desenvolvidas pelos membros da CIHDOTT e conseqüentemente, trazer novos incentivos para a sua prática. De forma direta, poderá contribuir com sua reflexão sobre suas atividades. De modo indireto, este estudo contribuirá com o despertar para maior atenção dos gestores em doação e transplantes de órgãos e gestores hospitalares, que poderão intervir de modo a contribuir para uma melhor efetivação do serviço destas comissões. Este estudo não apresenta riscos de natureza física a você, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre o tema, que pode retomar vivências relacionadas ao processo de doação e transplante de órgãos. Contudo, compreendendo este potencial risco, estamos dispostas a ouvi-lo(a), interromper a entrevista, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir. O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, mesmo assim redobramos os cuidados para que isto não aconteça. Nos resultados deste trabalho o seu nome não será revelado, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Informamos que tais resultados poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos, garantindo-lhe o direito ao anonimato e resguardo de sua privacidade. Você poderá desistir em qualquer uma das etapas da pesquisa se assim o desejar bastando informar sua decisão nos endereços de contato conosco ao fim deste Termo. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto a sua pessoa. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, portanto, ela se dará de forma voluntária. Garantimos que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Contudo, caso haja despesas comprovadamente vinculadas a sua participação neste estudo, estaremos dispostos a ressarcí-los.

Igualmente, garantimos a você o direito a indenização, desde que comprovadamente vinculadas a participação neste estudo, segundo os rigores da lei. Este documento está redigido em duas vias, rubricado em todas as suas páginas por você e por nós, como pesquisadores responsáveis e no final assinado. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato conosco, pesquisadora e Profa. Dra. Eliane Regina P. Do Nascimento (48)3721.2203, email [eliane.nascimento@ufsc.br](mailto:eliane.nascimento@ufsc.br) ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3° andar, sala 303, Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Poderá também entrar em contato com a pesquisadora MarcieliKoerich pelo telefone (48) 8431.2099 ou 3277.0227, email [marcieli\\_k@hotmail.com](mailto:marcieli_k@hotmail.com), ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3° andar, sala 303, Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721.6094, email [CEP.propesq@contato.ufsc.br](mailto:CEP.propesq@contato.ufsc.br) ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

---

Marcieli Koerich  
Pesquisadora principal

---

Eliane Regina P. Do Nascimento  
Pesquisadora responsável

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

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

## APÊNDICE B – Termo de autorização para gravação de voz



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, \_\_\_\_\_depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada: “**Vivência dos profissionais membros de comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT): potencialidades e fragilidades**” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores MarcieliKoerich e Eliane Regina Pereira do Nascimento a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma das partes. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos: 1. poderei ler a transcrição de minha gravação; 2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; 3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas; 4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita apenas mediante minha autorização; 5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Dra Eliane Regina Pereira do Nascimento, e após esse período, serão destruídos e, 6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

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

Este documento será elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador responsável.

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados (Entrevista)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

- 1.Nome Completo: \_\_\_\_\_
- 2.Identificador: \_\_\_\_\_
- 3.Idade: \_\_\_\_\_
- 4.Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino
5. Estado civil atual: ( ) solteiro/a ( ) casado/a/união estável ( ) separado/a ( ) Viúvo ( ) Outros
6. Escolaridade: \_\_\_\_\_
7. Pós-graduação (maior nível): ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros
- Está fazendo algum curso ?( ) Sim, Não ( ) Se sim qual? \_\_\_\_\_
8. Local de trabalho: \_\_\_\_\_
- 09.Tempo de atuação na CIHDOTT/ano e mês de início: \_\_\_\_\_

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1.Fale sobre sua percepção a respeito da atuação dos profissionais da CIHDOTT.
- 2.O que você espera com a sua atuação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante?
- 3.O que você identifica como fatores dificultadores do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes?
- 4.Quais as intervenções que vem sendo realizadas pela CIHDOTT frente às dificuldades encontradas?
- 5.O que você identifica como elementos facilitadores para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes?
- 6.Para você, o que poderia contribuir para uma melhor efetivação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

**ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Vivência dos Membros de Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT): potencialidades e fragilidades

**Pesquisador:** ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 63086716.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.985.259

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se o presente projeto de mestrado de Marcieli Koerich sob orientação de Eliane Regina Pereira Do Nascimento, do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Estudo prospectivo, com 21 profissionais membros das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) de três Unidades Hospitalares Públicas da grande Florianópolis: Hospital Regional de São José (HRSJ) Dr. Homero de Miranda Gomes, Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) e Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC). Critérios de inclusão: estar em atividade na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante CIHDOTT há pelo menos seis meses. Intervenções: entrevistas semi-estruturadas, gravações de áudio.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário

Analisar as vivências dos profissionais de hospitais públicos da região da Grande Florianópolis que participam da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

Objetivo Secundário

Identificar como os profissionais da CIHDOTT percebem a atuação da equipe de Doação de Órgãos

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.985.259

e Tecidos para Transplante; Identificar quais as sugestões dos profissionais para a melhoria da qualidade do serviço; Conhecer como se dá a articulação dos profissionais da CIHDOTT com os profissionais da unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico envolvidos no processo de doação e captação de órgãos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Análise adequada dos riscos e benefícios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários adicionais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com o preconizado na resolução vigente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_820389.pdf	25/11/2016 16:42:11		Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES.pdf	25/11/2016 16:40:40	Marcieli Koerich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO_HUUFSC.pdf	22/11/2016 13:12:37	Marcieli Koerich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO_HRHMG.pdf	22/11/2016 13:12:27	Marcieli Koerich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO_HGCR.pdf	22/11/2016 13:12:01	Marcieli Koerich	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	03/11/2016 15:57:52	Marcieli Koerich	Aceito
Outros	RESUMO.pdf	03/11/2016 15:45:01	Marcieli Koerich	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMOAUTORIZACAOPARAGRAVACAO DEVOZ.pdf	03/11/2016 15:43:49	Marcieli Koerich	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer: 1.985.259

Justificativa de Ausência	TERMOAUTORIZACAOPARAGRAVAC AODEVOZ.pdf	03/11/2016 15:43:49	Marcieli Koerich	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADEADOS.pdf	03/11/2016 15:42:37	Marcieli Koerich	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/11/2016 15:41:20	Marcieli Koerich	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	03/11/2016 15:40:58	Marcieli Koerich	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/11/2016 15:40:39	Marcieli Koerich	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/11/2016 15:40:07	Marcieli Koerich	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 27 de Março de 2017

---

**Assinado por:**  
**Ylmar Correa Neto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br