



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

GLEICIELLI RODRIGUES ALENCAR

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: Motivo da recusa familiar de potenciais doadores de um município da Amazônia Legal

**ARIQUEMES - RO
2020**

Gleicielli Rodrigues Alencar

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: Motivo da recusa familiar de potenciais doadores de um município da Amazônia Legal

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do Grau em Enfermagem apresentado a Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientadora: Prof. Esp. Katia Regina Gomes Bruno

Ariquemes – RO

2020

GLEICIELLI RODRIGUES ALENCAR

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PAA TRANSPLANTE: Motivo da recusa familiar de potenciais doadores de um município da Amazônia Legal

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do Grau em Enfermagem apresentado a Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^a. Esp.: Katia Regina Gomes Bruno
Faculdade de Educação e Meio Ambiente– FAEMA.

Prof^a Ms.:Thays Dutra Chiarato Verissimo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Prof^a. Dr.:Rosani Alves Chiaratto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

ARIQUEMES – RO

2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

AL368d	ALENCAR, Gleicielli Rodrigues. Doação de órgãos e tecidos para transplante: motivo da recusa familiar de potenciais doadores de um município da Amazônia Legal. / por Gleicielli Rodrigues Alencar. Ariquemes: FAEMA, 2020. 62 p.; il. TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Profa. Esp. Katia Regina Gomes Bruno. 1. Doação de órgãos e tecidos. 2. Transplantes. 3. Negação de participação. 4. Família. 5. Enfermagem. I Bruno, Katia Regina Gomes. II. Título. III. FAEMA.
CDD:610.73	

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

A Deus, minha família, meu noivo, minhas orientadoras e meus amigos pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade. Sem eles, a construção deste estudo não seria possível.

Diante de tal estud

o seria incoerente não homenagear grandes homens e mulheres, que mesmo pós-morte salvaram outras vidas, as quais caminhavam para o vale da sombra da morte e aguardavam por um ato de misericórdia.

Dedico aos DOADORES de órgãos e seus familiares que passaram por cima de muitos dogmas a favor da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao criador de tudo neste mundo, que permitiu que tudo acontecesse, me dando sabedoria e inteligência para prosseguir e chegar até aqui. Ele foi minha maior força nos momentos de angústia e desespero. Sem ele, nada disso seria possível. Obrigada, senhor, por colocar esperança, amor e fé no meu coração.

Aos meus pais, Maria Ilma e Francisco de Assis, pelo apoio sem medidas e o incentivo em todos os momentos da graduação, sendo meus alicerces nos momentos mais difíceis, tendo compreensão pelos momentos de ausência em suas vidas. Agradeço muito por batalharem para me oferecer uma educação de qualidade, amor e exemplo de vida.

Aos meus irmãos Bruno, Jéssica e minha avó Rosalina pelo estímulo, compreensão e apoio.

Aos meus professores, que durante essa trajetória, se dedicaram a proporcionar todo o conhecimento necessário, em especial as minhas orientadoras, Prof. Ms. Thays Dutra Chiarato que auxiliou no meu projeto de TCC e Prof. Esp. Kátia Regina Gomes Bruno a qual percorreu todo o resto do percurso. Prof. Katia sou muito agradecida pela sua dedicação e disponibilidade em ajudar. De nossas muitas reuniões e revisões desta obra, extraí muito conhecimento teórico e admiração por seu exemplo de dedicação à Enfermagem.

Ao meu noivo, Maxuel Fernandes Domingues, pelo amor, cumplicidade, companheirismo e incansável incentivo na conclusão desta pesquisa, me ajudando a ser paciente e me mostrando que sou capaz de alcançar os meus objetivos.

Aos meus amigos de graduação Marcus Vinícius, Aline, Lohayne e Shellei que não negaram força, estando ao meu lado em todo momento, mesmo quando me apavorava, permaneciam na torcida pela “surtada” do quinteto, vibrando com cada conquista obtida neste período.

À equipe da Central de Transplante, em especial a coordenadora Edcléia Gonçalves, Enf. Rafaela e a Enf. Erika pela ajuda e suporte durante a coleta de dados para a realização deste estudo.

A todos, que apesar da importância, não foram aqui mencionados, mas que ajudaram de maneira direta ou indireta na conquista deste sonho; somente Deus poderá recompensar cada um.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

Marcel Proust

RESUMO

A história dos transplantes vem rompendo barreiras e enfrentando desafios, embora de forma incipiente, por diversas décadas, conquistando impressionantes resultados, demonstrando a evolução científica e tecnológica aplicada ao setor. Assim, observa-se que, ao longo tempos, o número de doadores tem aumentado. Porém, não o suficiente para reduzir a lista de espera, cabendo então reflexão acerca dos pretextos que dificultam esse processo. Diversos são os motivos que afetam a doação de órgãos, sendo que em destaque está a recusa dos familiares de potenciais doadores. Assim, vale ressaltar a importância do preparo profissional no que diz respeito à abordagem familiar, momento decisivo para a continuidade ao processo de doação e posterior captação de órgãos. Diante do exposto, o presente estudo busca identificar os motivos associados à recusa de doação de órgãos e tecidos por familiares de potenciais doadores. Trata-se de um estudo de campo retrospectivo e documental com abordagem quantitativa, com a finalidade de reunir, sintetizar e quantificar os resultados das pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema investigado. Tendo embasamento científico nos trabalhos publicados entre os anos de 2009 a 2019, em base de dados, como: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Além da legislação pertinente, teses e manuais afins. Dentre os fatores que influenciaram os familiares a recusa de doação de órgãos em Rondônia no ano de 2019 estão em destaque o doador contrário à doação em vida, desconhecimento do desejo do potencial doador, discordância familiar, convicções religiosas e tempo de espera para entrega do corpo. O presente estudo visou proporcionar uma reflexão sobre o tema bem como produzir conhecimento sobre os principais motivos da recusa de órgãos e tecidos no Estado de Rondônia, contribuindo assim para o desenvolvimento de novas teorias e estratégias de abordagem que possam atuar sobre os fatores modificáveis identificados como limitantes a efetivação da doação de órgãos e tecidos, enfatizando a necessidade de campanhas de conscientização e políticas de saúde pública que incentivem a população a manifestar seu desejo em doar e discutir em família a decisão tomada.

Palavras-chaves: Doação de órgãos e tecidos. Transplantes. Negação de participação. Família. Enfermagem.

ABSTRACT

The history of transplants has been breaking barriers and facing challenges, although incipiently, for several decades, achieving impressive results, demonstrating the scientific and technological evolution applied to the sector. Thus, it is observed that, over time, the number of donors has increased. However, not enough to reduce the waiting list, so it is up to the reflection about the pretexts that hinder this process. There are several reasons why they affect organ donation, the highlight being the refusal of family members of potential donors. Thus, it is worth emphasizing the importance of professional preparation with regard to the family approach, a decisive moment for the continuity of the donation process and subsequent organ harvesting. Given the above, the present study seeks to identify the reasons associated with the refusal to donate organs and tissues by family members of potential donors. This is a retrospective and documentary field study with a quantitative and qualitative approach, with the purpose of gathering, synthesizing and quantifying the results of research on a delimited theme or issue, contributing to the deepening of knowledge about the investigated theme. Having scientific basis in the works published between the years 2009 to 2019, in databases, such as: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (Scielo), American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). In addition to the relevant legislation, theses and related manuals. Among the factors that influenced family members the refusal to donate organs in Rondônia in 2019 are the donor who is opposed to living donation, ignorance of the potential donor's desire, family disagreement, religious convictions and waiting time for the delivery of the body. . The present study aimed to provide a reflection on the theme as well as to produce knowledge about the main reasons for the refusal of organs and tissues in the State of Rondônia, thus contributing to the development of new theories and strategies of approach that can act on the modifiable factors identified as limiting the effectiveness of organ and tissue donation, emphasizing the need for awareness campaigns and public health policies that encourage the population to express their desire to donate and discuss the decision made with the family.

Keywords: Organ and tissue donation. Transplants. Denial of participation. Family. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Estrutura e funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes.....24

Figura 02 - Nomenclatura recomendada pela OMS no processo doação-transplante
.....25

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Critérios para detecção de morte encefálica que sofreram alterações segundo a resolução 2.173/17	21
Quadro 02 - Diagnóstico de Enfermagem prevalente nos familiares dos potenciais doadores	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Meta brasileira anual de doadores por milhão de população e número de doadores efetivos de 2015 a 2019	29
Tabela 02 - Notificação de potenciais doadores por região e seus respectivos valores de doadores efetivos	31
Tabela 03 - Número de potenciais doadores, doadores efetivos e recusa familiar, durante o ano de 2019 em Rondônia	45
Tabela 04 - Em relação à recusa familiar, o perfil dos potenciais doadores de órgãos e tecidos	45
Tabela 05 Especialidades médicas que aplicaram o 1° e 2° Teste clínico para constatação de Morte Encefálica	46
Tabela 06 Tempo entre o 1° e 2° exame clínico	46
Tabela 07 Causa do diagnóstico de Morte Encefálica	46
Tabela 08 Grau de parentesco do entrevistado com o potencial doador.....	47
Tabela 09 - Motivo da recusa familiar para doação de órgãos e tecidos para transplante no período de janeiro a dezembro de 2019.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Apud.	Com
Art.	Artigo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNT	Central Nacional de transplantes
CNCDO's	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estaduais
CNH	Carteira Nacional de habilitação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
Et al.	E outros
LILACS	Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ME	Morte encefálica
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPO	Organização de procura de órgãos
PD	Potencial doador
PMP	Por milhão de população
RBT	Registro Brasileiro de transplante
RG	Carteira de Identidade Civil
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SNT	Sistema nacional de transplante
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de terapia intensiva

Sumário

INTRODUÇÃO	15
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS: ASPECTOS HISTÓRICOS, LEGAIS E O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ATUAL.....	19
3.1.1 Doação e transplantes de órgãos: antecedentes históricos	19
3.1.2 Aspectos legais sobre doação de órgãos e tecidos no Brasil	20
3.1.3 Organização do Sistema Nacional de Transplantes	25
3.1.4 Processo de doação-transplante	28
3.1.5 Identificação, notificação e avaliação do potencial doador	29
3.1.6 Perfil epidemiológico de doação e recusa de órgãos no Brasil	29
3.2 ABORDAGEM FAMILIAR À LUZ DA LEGISLAÇÃO VIGENTE	32
3.3 A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	35
4 METODOLOGIA	42
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2 CAMPO DE PESQUISA.....	42
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	43
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	44
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	44
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	44
4.7 MANUTENÇÃO DO SIGILO	44
4.8 DISPENSA DE TCLE.....	45
5 RESULTADOS	47
6 DISCUSSÃO	50
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	62

INTRODUÇÃO

Em 1778, um pesquisador, anatomista e cirurgião chamado John Hunter, utilizou pela primeira vez a palavra transplante ao expor sua experiência com órgãos reprodutores em animais. Aproximadamente dois séculos depois, o mundo vislumbrou o primeiro transplante realizado com êxito em seres humanos: um transplante renal nos Estados Unidos da América. No Brasil, mesmo tendo condições incontestáveis para garantir o prosseguimento e melhorar a qualidade de vida de muitos indivíduos, a doação de órgãos só obteve elevado destaque cerca de uma década posterior ao sucesso dos cirurgiões americanos, com a criação da Lei 4.280/1963 (PIMENTEL; SARSUR; DADALTO, 2018).

O primeiro transplante com doador não vivo no Brasil sucedeu-se em 1964, e seguiu os padrões utilizados anteriormente em outros países, sendo uma transplantação renal. A partir desta ocasião, houve aperfeiçoamento desta terapêutica nos cuidados intensivos, no uso de drogas imunossupressoras, na adequação de técnicas cirúrgicas e no uso de soluções mais avançadas para melhor conservação. Após análises estatísticas, o Brasil foi conceituado como a segunda nação em número de transplantes efetivados anualmente, sendo mais de 90% executados pelo SUS. Os indivíduos com vida podem doar medula óssea, um dos rins, parte do fígado e parte do pulmão. Já indivíduos em morte encefálica possibilitam-se a doação de coração, pulmões, rins, córneas, fígado, pâncreas, ossos, tendões, veias e intestino (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

A taxa de doadores de órgãos, no Brasil, apresentou elevado crescimento nas últimas décadas. No início do século XXI, o percentual absoluto de doadores não excedia 700. Já, em 2017 quantificou-se quase 11 mil potenciais doadores, 3.415 doadores efetivos e ocorreram aproximadamente 7.500 transplantes de órgãos. Contudo, apesar do quantitativo de doações apresentarem cada vez maior crescimento, o número total da lista de espera no primeiro semestre de 2019 no Brasil ultrapassava 33 mil órgãos, demonstrando que apesar dos progressos obtidos há uma ampla desproporção entre doadores e receptores (Associação Brasileira de Transplante de órgãos, 2019).

Apesar da considerável evolução e dos crescentes avanços que impulsionaram o processo de doação de órgãos, a circunstância atual evidencia aspectos críticos que atalham a elevação do crescimento das transplantações no

Brasil (MONTEIRO et al., 2011). Pestana et al. (2013) referem que a prioridade das equipes de saúde é frente a aceitação familiar para doação, pois de acordo com a legislação brasileira não existe a garantia de doação após a comunicação a família. Mesmo que o indivíduo manifeste seu desejo em doar seus órgãos em vida, após a morte, a doação só é efetivada após consentimento familiar, porém, observa-se que a família costuma respeitar a decisão do falecido após externar seu desejo de ser um doador.

Os transplantes são empregados como forma terapêutica para várias patologias crônicas e incapacitantes, promovendo a reabilitação e o acréscimo de sobrevida dos pacientes. Nesse processo, observa-se o aumento no número de pacientes inscritos no cadastro técnico único e uma diminuição na demanda de doadores, e acredita-se que seja decorrente a múltiplos fatores como a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica, abordagem incorreta por parte dos profissionais de saúde, conflitos religiosos e éticos quanto à reversão do quadro e desconhecimento sobre a pretensão do potencial doador (DALBEM; CAREGNATO, 2010).

Diante desta realidade, podemos afirmar que mesmo tendo uma legislação pertinente, a temática sobre doação e transplantes de órgãos institui uma perplexidade não só para os profissionais que atuam na área da saúde, assim como para religiosos, leigos e para toda a sociedade abrangida. A deficiência de explicações à população sobre esse procedimento conjectura não exclusivamente a insuficiência de potenciais doadores, mas também, e especialmente, a falha em convertê-los em doadores efetivos. É de suma importância estudos sobre a identificação do perfil deste potencial doador e os fatores que impedem a não concretização do transplante com a finalidade de permitir a doação de órgãos e tecidos (MONTE et. al. 2019).

O conhecimento dos motivos que levaram familiares de potenciais doadores a recusarem a doação dos órgãos e tecidos de um ente querido com diagnóstico de morte encefálica pode cooperar para a implementação e aprimoramento de ações que previnam a incidência de inadequações no procedimento de doação e transplante, proporcionando uma adequada assistência a essas famílias e impedindo que esses motivos sejam limitações à doação (MORAES; MASSAROLLO, 2008).

Desta forma, este estudo buscou detectar os principais motivos da recusa familiar em doar os órgãos de um parente e potencial doador. Almeja-se promover reflexões que instiguem discussões a respeito da temática, favorecendo de tal modo o método adequado de doação de órgãos. Espera-se futuramente elevar o quantitativo de consentimentos, retificando-se inconformidades nas abordagens familiares às quais acarretam não só elevados percentuais de recusa familiar como também ampliação da angústia no período de luto (DONOSO; GONÇALVES; MATTOS, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Conhecer os motivos associadas à recusa de doação de órgãos e tecidos por familiares de potenciais doadores de um município da Amazônia Legal.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Discorrer sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, enfatizando a definição de potenciais doadores;
- Apresentar o perfil epidemiológico de doação e recusa de órgãos a potenciais doadores no Brasil;
- Descrever a metodologia de abordagem familiar a potenciais doadores, à luz da legislação vigente;
- Ressaltar a importância do enfermeiro durante o processo de abordagem à família do potencial doador;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS: ASPECTOS HISTÓRICOS, LEGAIS E O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ATUAL

3.1.1 Doação e transplantes de órgãos: antecedentes históricos

Desde os primórdios, vários relatos históricos e mitos sobre os transplantes habitam o imaginário da sociedade. Segundo o lendário, deuses cimérios, heróis e curandeiros eram participantes de atos cirúrgicos que envolviam transplantações. A Índia Antiga e a China possuem os registros mais remotos desses eventos, sendo os escritos repletos de lendas dessa natureza. Consta na tradição chinesa que, em 300 a. C., Pien Chiao efetivou com êxito, a troca de órgãos entre dois irmãos, além disso, estudos arqueológicos desenvolvidos no Egito, Grécia e América pré-colombiana registraram a transplantação de dentes (BEZERRA, 2006; CATÃO, 2004; LINDEN, 2009).

A palavra transplante foi utilizada pela primeira vez, em 1778, por um pesquisador, anatomista e cirurgião chamado John Hunter, ao expor sua experiência com órgãos reprodutores em animais. Aproximadamente dois séculos posterior, o mundo vislumbrou o primeiro transplante concretizado com êxito em seres humanos: um transplante renal nos Estados Unidos da América (PESSOA, 2013).

Programas de transplantes de órgãos só iniciaram-se no término da década de 1940, em Paris, Londres, Edimburgo e Boston, contudo, apenas em 1954, foi efetivado o primeiro transplante de rins com sucesso por Joseph Murray, na cidade de Boston, com gêmeos idênticos. Em 1962, ocorreu o primeiro transplante efetivado com sucesso em um doador cadáver, sendo plausível devido ao desenvolvimento de novas drogas imunossupressoras (DONOSO, 2013).

No Brasil, o processo de transplante de órgãos e tecidos teve início em 1964, quando foi efetivado o primeiro transplante de rins no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) pela equipe coordenada pelo Prof. José Geraldo de Campos Freire e pelo Prof. Emil Sabbaga. O transplantado recebeu o rim do irmão e viveu normalmente por mais de uma década. Em 1967, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão

Preto, realizou-se o primeiro transplante renal com doador falecido, pela equipe do Prof. Áureo José Ciconelli (RIBEIRO; SCHRAMM, 2006; DOMINGOS; BOER; POSSAMAI, 2010).

Atualmente o Brasil é referência mundial em transplantes de órgãos e o SUS realiza mais de 90% dos procedimentos. É o 2º país que mais transplanta órgãos, ficando atrás apenas dos EUA, além de ofertar a seus pacientes assistência integral, oferece também todo subsídio necessário para manutenção do mesmo, inclusive medicações contra rejeição, com gratuidade total através do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019).

Sobretudo, de acordo com Mattia et al. (2010) mesmo com os avanços científicos, tecnológicos, organizacionais e administrativos em relação à doação e transplante de órgãos no Brasil e no mundo, uma das amplas limitações universais ao transplante é o quantitativo insuficiente de doadores para contemplar a crescente demanda de indivíduos em lista de espera, causando uma demanda reprimida.

Múltiplos condicionantes ocasionam essa desproporcionalidade, e dentre estes se sobressaem o nível educacional da população ao qual influenciam na recusa familiar brasileira, padrões culturais, existência de programas de estímulo, legislação apropriada e infraestrutura para o diagnóstico de morte encefálica, manutenção do PD, captação e transplante. Deste modo, o transplante converteu-se em vítima de seu próprio sucesso, com um elevado afastamento entre a demanda para transplante e a disponibilidade de órgãos e tecidos (PESSOA, 2013).

3.1.2 Aspectos legais sobre doação de órgãos e tecidos no Brasil

A biografia da legislação sobre a doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para finalidades terapêuticas percorrem o caminho do desenvolvimento tecnológico do transplante refletindo a opinião pública e a cultura de cada país em termos de relações familiares e percepção do corpo (FREIRE et al., 2012).

A Legislação brasileira sobre doação de órgãos e tecidos vem sofrendo acentuadas alterações nos últimos anos. Desde a lei primária, aprovada em 1963, que dispôs sobre a capacidade de estreitar o debate sobre a conduta dos indivíduos frente à doação, até a Lei nº 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012).

Em 04 de fevereiro de 1997, com a finalidade de estabelecer princípios para normatizar a doação e o transplante de órgãos, foi divulgada a Lei 9.434, igualmente distinguida como Lei dos Transplantes, que trata de questões sobre a disposição “post mortem” de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para finalidade de transplantação; dos critérios para transplante com doador vivo; e das sanções penais e administrativas pelo seu não cumprimento. Essa lei foi regimentada pelo Decreto 2.268/1997, que constituiu o Sistema Nacional de Transplantes, as instâncias estaduais e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos; visando aumentar o número de órgãos doados (VICTORINO; VENTURA, 2017).

No art. nº 14 do decreto 2268/97 fica instituído que “A retirada de tecidos, órgãos e partes, após o óbito, poderá ser executada independente de autorização expressa por parte de familiares, se, em vida, o falecido a isso não tiver revelado sua oposição”. Entretanto, tal decreto gerou muita polêmica no meio da sociedade civil, levando a vários questionamentos e falta de confiança nos órgãos responsáveis, gerando, inclusive, medo na população em se declarar doador.

Desta maneira, não obtendo apoio da sociedade, em 2001 foi aprovada a Lei nº. 10.211, a qual restabeleceu a obrigatoriedade de parecer familiar para a autorização da doação e retirada de órgãos. Estabelecia, ainda, critérios melhor definidos para a execução das doações de órgãos Inter vivos, sendo que naquelas em que doador e receptor não são parentes próximos ou cônjuges (exceto a doação de Medula óssea), incidiu a reivindicação de autorização judicial para a efetivação do procedimento (ROSÁRIO et al., 2013).

Contudo, em dezembro de 2017 os critérios para definição de morte encefálica foram atualizados pela resolução 2.173/17 do conselho federal de medicina brasileiro.

A determinação de morte encefálica modifica de país para país. No Brasil, o CFM, na resolução mencionada acima define morte encefálica como perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por causa conhecida, comprovada e capaz de provocar o quadro clínico. A deliberação de morte encefálica deverá ser efetivada de maneira uniformizada, com especificidade assertiva (nenhum falso diagnóstico de ME). Os métodos para determinação da ME deverão ser concretizados em todos os pacientes em coma não perceptivo e apneia, independentemente da condição de doador ou não de órgãos e tecidos (RESOLUÇÃO 2.173, 2017).

No mesmo ano da promulgação da lei 9.434, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a resolução 1.480/97 para normatizar o diagnóstico de morte encefálica no Brasil. Ao qual estabelecia que os critérios clínicos devem ser registrados no termo de declaração de ME por dois médicos experientes, não necessariamente neurologistas, em intervalo que varia conforme a faixa etária de cada paciente. É necessária a realização de exame complementar que demonstre ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea cerebral. Essa normatização permitiu a doação de órgãos e a exigência de cuidados intensivos para manter o paciente como potencial doador (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012).

Os critérios para diagnóstico de morte encefálica segundo a legislação vigente incluem dois exames clínicos e um exame complementar que, de maneira inequívoca, evidenciem a falência encefálica e teste de apneia que confirme a ausência de movimentos respiratórios posterior estimulação máxima dos centros respiratórios. Os exames clínicos precisam ser realizados com intervalo mínimo entre eles de acordo com a faixa etária do potencial doador (quadro 1) e comprovar a existência das seguintes condições: coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal manifestada pela ausência dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, óculo-cefálico, vértigo calórico e de tosse (BARRETO; SANTANA; BRITO, 2015; RESOLUÇÃO 2.173, 2017).

Existe uma diversidade de exames complementares de imagem que podem ser empregados para a confirmação do diagnóstico de morte encefálica tais como: o eletroencefalograma, a angiografia cerebral, a tomografia computadorizada, a monitorização da pressão intracraniana, marcadores químicos do líquido cefalorraquidiano, o doppler transcraniano, a cintilografia e potenciais evocados auditivos do tronco cerebral, onde essa pluralidade de métodos também otimiza a análise dos pacientes, porque um método pode ser mais eficaz em uma situação do que em outra, (SOUZA; LIRA; MOLA, 2015).

Quadro 01 Critérios para detecção de morte encefálica que sofreram alterações segundo a resolução 2.173/17

Resolução 1.480/97	Resolução 2.173/17
<p>Parâmetros clínicos para o início do diagnóstico Coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinhal e apneia.</p>	<p>Parâmetros clínicos para o início do diagnóstico Coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal, apneia persistente. Deve apresentar lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica, ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica. Temperatura corporal superior a 35°, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg para adultos.</p>
<p>Tempo de observação para que seja iniciado o diagnóstico Não tinha</p>	<p>Tempo de observação para que seja iniciado o diagnóstico Mínimo de 6 horas Quando a causa fora encefalopatia hipóxico-isquêmica, a observação deve ser de 24 horas.</p>
<p>Intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas De 7 dias a 2 meses incompletos – 48 horas De 2 meses a 1 ano incompleto – 24 horas De 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas Acima de 2 anos – 6 horas</p>	<p>Intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas De 7 dias a 2 meses incompletos – 24 horas De 2 meses a 24 meses incompletos – 12 horas Acima de 2 anos – 1 hora</p>
<p>Confirmação da morte encefálica a) Exames clínicos, realizados por médicos diferentes, e exames complementares, realizados em intervalos de tempos variáveis; b) Os exames complementares devem demonstrar: ausência de atividade elétrica cerebral, ou ausência de atividade metabólica cerebral ou</p>	<p>Confirmação da morte encefálica a) Dois exames clínicos, por médicos diferentes, especificamente capacitados para confirmar o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico; b) um teste de apneia; c) um exame complementar que comprove a ausência de atividade</p>

ausência de perfusão sanguínea cerebral.	encefálica. Este exame deve comprovar: ausência de perfusão sanguínea encefálica, ou ausência de atividade metabólica encefálica ou ausência de atividade elétrica encefálica.
<p>Formação dos médicos examinadores</p> <p>a) Decreto 2.268/97 (revogado pelo decreto 9.175/17) estabelecia que um dos dois médicos confirmadores da morte encefálica deveria ser neurologista;</p> <p>b) mesmo decreto estabelecia que nenhum desses médicos poderiam fazer parte da equipe de transplante.</p>	<p>Formação dos médicos examinadores</p> <p>a) Será considerado 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;</p> <p>b) 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.</p> <p>c) Nenhum desses médicos poderá fazer parte da equipe de transplante.</p>

Fonte: Conselho Federal de Medicina, 2017.

Vale ressaltar, que quando abordamos doação *post mortem*, de acordo com o segundo capítulo da Lei 9.434/1997 e reafirmado no Art. 3º da resolução 2173/2017 do CFM, para confirmação clínica da morte encefálica é obrigatório a constatação e registro por dois médicos especificamente capacitados e que não façam parte da equipe responsável pela cirurgia de retirada e transplante, sendo que a família do potencial doador pode solicitar a presença do médico de confiança para sanar qualquer dúvida pertinente ao óbito do candidato a doador (PIMENTEL; SARSUR; DADALTO, 2018).

Diante disso, torna-se perceptível que inúmeras famílias têm o anseio de doar órgãos para ajudar a salvar a vida de outros indivíduos, todavia estas têm dúvidas sobre o conceito de morte encefálica e o que sobrevém após a doação, além do mais, esse processo representa uma situação traumática e a falta de atenção e diálogo desestimula as famílias dos potenciais doadores. Para a manifestação do consentimento, é imprescindível que os familiares tenham todos os esclarecimentos

necessários, incluindo o processo de diagnóstico de morte encefálica e o resultado de cada etapa (MACEDO; OLIVEIRA, 2013).

3.1.3 Organização do Sistema Nacional de Transplantes

Os programas de transplantes de órgãos tiveram seu início no final dos anos de 1940, quase que simultaneamente, em Paris, Londres, Edimburgo e Boston. Contudo, nessa fase ainda não havia o conhecimento de aspectos extremamente importantes para o êxito dos transplantes (FREIRE, et. al, 2012).

Diante disso, o transplante de órgãos foi um dos maiores progressos alcançados pela medicina no século XX, com padrão de sucesso superior a 80%. No Brasil essas atividades de doação e transplantes de órgãos tiveram início na década de 1960; porém, só foram regularizadas estas atividades e criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) em 1997(Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT, 2014).

No Brasil, o órgão responsável pela coordenação de transplantes no Sistema Único de Saúde (SUS) é o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Ministério da Saúde (MS), tendo como canal operacional a Central Nacional de Transplantes (CNT). A CNT, criada em 16 de agosto de 2000, tem como papel a articulação junto às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estaduais (CNCDO's), fornecendo meios para o condução de órgãos entre os estados, tendo a finalidade de atender o máximo percentual de pacientes que aguardam por um transplante, assim como evitar o descarte de órgãos sem condições de aproveitar-se na sua procedência (HEINZEN, 2015).

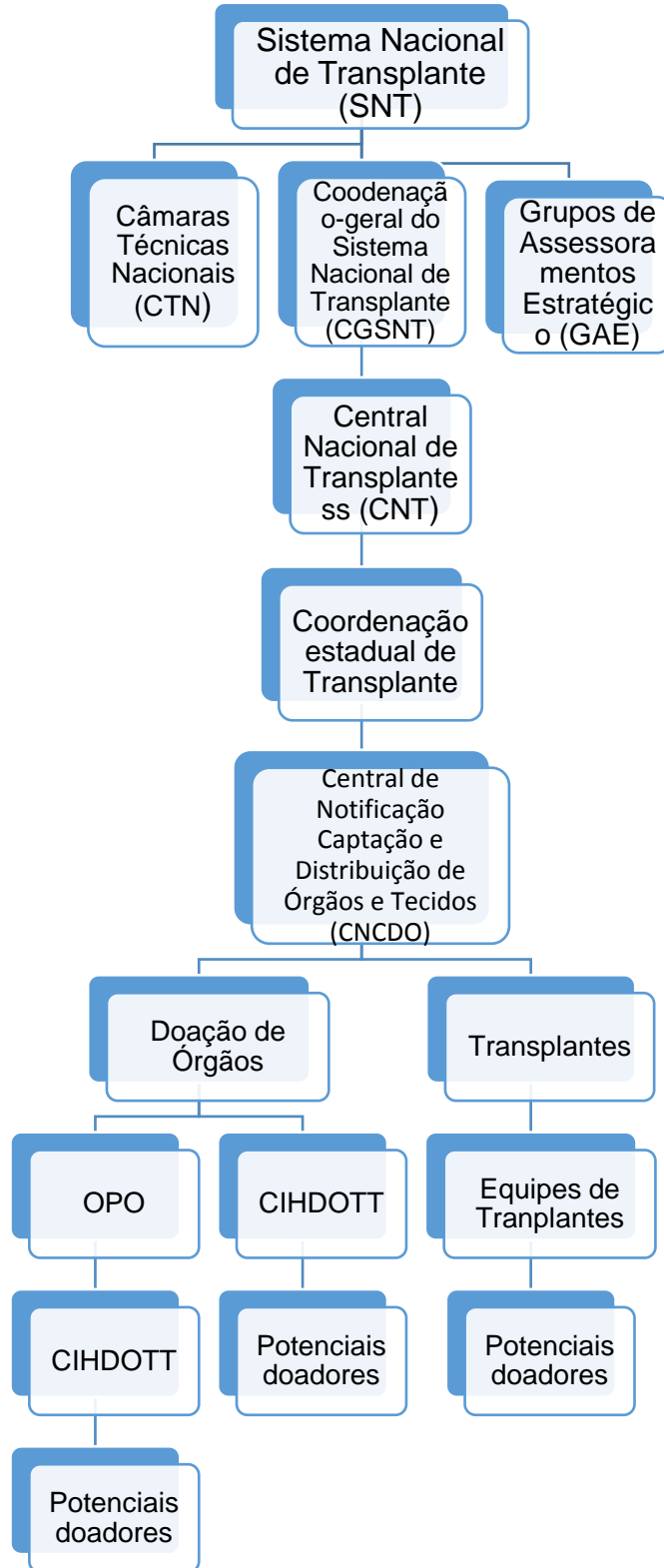
De acordo com Camattaet al (2011), a metodologia de doação de órgãos no Brasil adota uma combinação dos padrões norte-americano e espanhol, pois conta com as comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), como a Espanha, mas também tem as Organizações de Procura de Órgãos (OPO), tipicamente norte-americanas, sendo que para maior resolubilidade dos problemas do processo de captação, doação e transplante de órgãos, foram criadas no Brasil as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's).

As Organizações de Procura de Órgãos (OPO) fazem parte desse processo de coordenação, e sua criação depende das CNCDO. Atuam de maneira regionalizada em parceria com as CIHDOTT, proporcionando educação continuada na área da doação de órgãos; subsídio aos hospitais para a identificação dos potenciais doadores; e auxílio no processo de diagnóstico de morte encefálica, assim como na conclusão do processo de doação e transplante (BRASIL, 2009).

Conforme a Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006 uma instituição com quantidade superior a 80 leitos precisam implantar uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Dentre suas inúmeras atribuições, esta comissão deve realizar a promoção de programas de educação/sensibilização continuados direcionados à comunidade e garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação de doação.

As CIHDOTT são comissões que operam com a finalidade de aprimorar a identificação e a manutenção de potenciais doadores; também têm cunho educativo e se articulam com as OPO, que, por sua vez, se articulam com as CNCDO durante todo o processo de doação e transplante (Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT, 2014).

Figura 01 Estrutura e funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes (SNT)



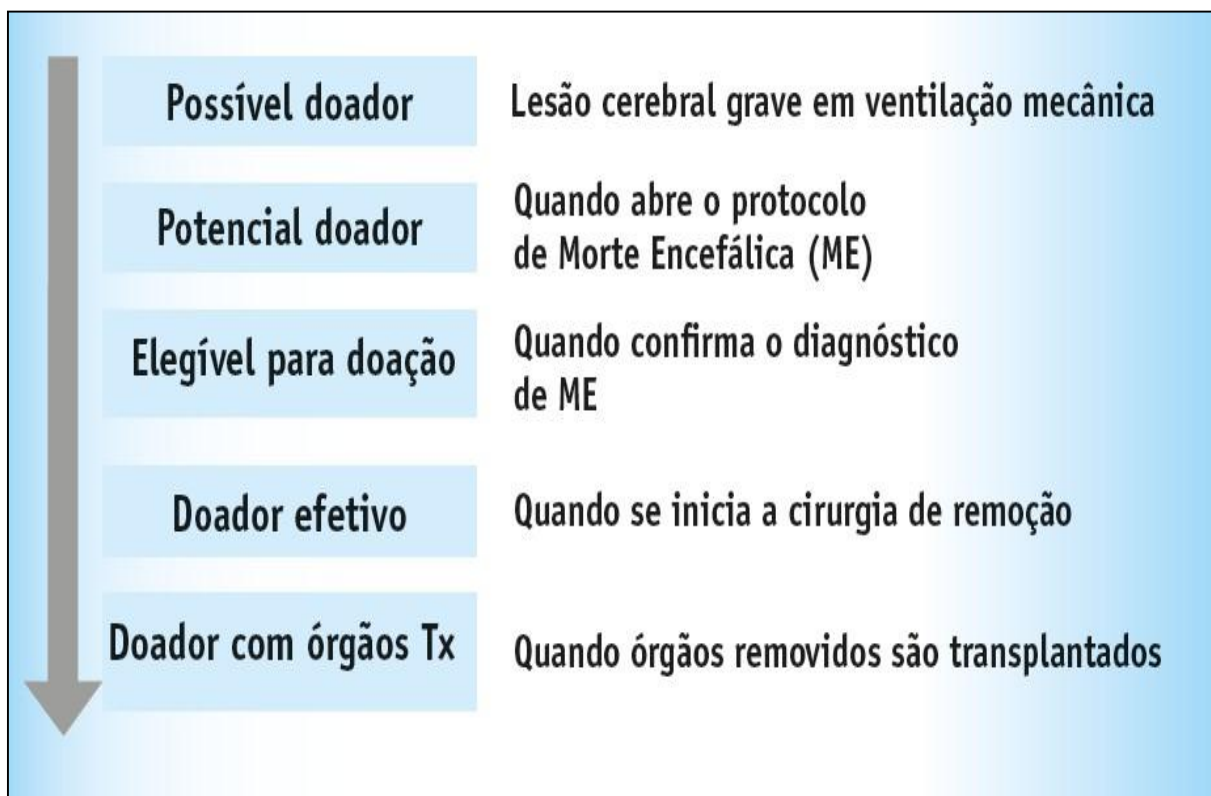
Fonte: Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT, 2014.

3.1.4 Processo de doação-transplante

De acordo com Aguiar (2010), o procedimento que compreende a doação ao transplante é complexo e influenciado por inúmeros fatores, como legislação, treinamento, opinião pública e despesas. Portanto, inicialmente, é essencial identificar as terminologias empregadas nesse processo (AGUIAR et. al, 2010).

De acordo com o Manual de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante (2017) a OMS recomenda a unificação destas terminologias (figura 2).

Figura 02: Nomenclatura recomendada pela OMS no processo doação-transplante



Fonte: Manual de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante

O processo de doação inicia-se com o reconhecimento do PD, este reconhecimento deve partir de visitas sistemáticas feitas por profissionais que atuam no serviço de busca de órgãos em sua maioria enfermeiros, nos centro de internação com maior probabilidade de notificação de PD como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto Socorro (PS) (RODRIGUES et al., 2014).

3.1.5 Identificação, notificação e avaliação do potencial doador

O procedimento de doação de órgãos e tecidos para transplante inicia-se com a identificação de um paciente com critérios clínicos de morte encefálica. Esse indivíduo se apresenta em coma não perceptível, ausência de atividade supraespinhal e apneia persistente, detectado por meio da aplicação da escala de coma de Glasgow, com pontuação igual a 3. Nessa condição, a notificação à CNCDO se torna compulsória (MORAES; MASSAROLLO, 2007).

A identificação dos potenciais doadores se dá por meio de notificação passiva e da busca ativa. A notificação passiva compreende a atitude da equipe multiprofissional das instituições de saúde de informar à CIHDOTT ou à OPO a existência desse paciente; e a busca ativa corresponde a inspeção às unidade terapia intensiva e prontos-socorros, efetivada por membro da CIHDOTT ou OPO para identificação de paciente em Glasgow 3 (DOMINGOS; BOER; POSSAMAI, 2010; FREITAS; FREIRE; TORRES, 2012).

Na avaliação do potencial doador, o médico especializado deve abduzir causas que inviabilizem a doação, sendo a partir de uma detalhada análise no prontuário, realização de avaliação clínica, laboratorial e de imagem (MORAES; MASSAROLLO, 2007).

3.1.6 Perfil epidemiológico de doação e recusa de órgãos no Brasil

O exercício de transplante vem rompendo obstáculos e enfrentando amplos desafios. Durante um logo período, seus resultados foram rudimentares, contudo, atualmente, pode-se assegurar que tem conquistado indicadores significativos decorrente da evolução técnico-científica aplicada a esse setor. Assim sendo, observa-se que a taxa de doações tem aumentado, mas não o suficiente para diminuir as listas de espera no Brasil (VICTORINO; VENTURA, 2017).

O percentual de doadores de órgãos, no Brasil, está ascendendo nas últimas décadas. No início do século XXI, o número total de doadores não ultrapassava 700. Já, em 2017, houve quase 11 mil potenciais doadores, destes, 3.415 constituíram-se doadores efetivos sendo efetivados quase 7.500 transplantes de órgãos. Entretanto, embora o percentual de doações eleve-se cada vez mais, o quantitativo absoluto da lista de espera no primeiro semestre de 2019, no Brasil, superava 33 mil órgãos,

demonstrando que ainda há uma ampla desproporção entre doadores e receptores (ABTO, 2019).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2019), no Brasil, a taxa de doadores efetivos cresceu 6,5% no ano, atingindo 18,1 por milhão de população (pmp), sendo que 10,5%, abaixo dos 20 pmp previstos em 2016. Esse acréscimo foi decorrente do aumento de 5,2% na taxa de potenciais doadores em morte encefálica no último trimestre, em que segundo a ABTO (2019), associa-se a diversos fatores, inclusive à campanha nacional de doação em setembro e a grande divulgação na mídia nacional sobre a doação dos órgãos e tecidos de Gugu Liberato, na Flórida. Um fato positivo foi que nos últimos cinco anos, o percentual de doadores em óbito com idade maior que 65 anos passou de 8% para 13% (aumento de 62,5%), outro aspecto positivo a de ser salientado é o apoio do setor público aos programas e a melhora progressiva nos resultados dos transplantes. Algumas dificuldades, também foram encontradas como crescimento recente insuficiente nas doações, elevados índices de recusa familiar à doação, importantes disparidades entre estados e regiões, limitações financeiras de alguns programas, baixo índice de notificações de morte encefálica.

Tabela 01 Meta brasileira anual de doadores por milhão de população e número de doadores efetivos de 2015 a 2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Meta anual de doadores (pmp)	14,1	15,1	16,6	18,2	20,0
Número de doadores efetivos (pmp)	14,1	14,6	16,6	17,0	18,1
Número de doadores efetivos	2854	2981	3415	3534	3768
Número de notificações (potenciais doadores)	9698	10158	10629	10782	11339
Recusa familiar	2613	2571	2740	2753	2674
Parada cardíaca	1164	1136	1232	988	927
Contraindicação médica	1416	1594	1559	1545	1761
Outros	1651	1876	1683	1961	2269

FONTE: RBT 2019 (JAN-DEZ) - ABTO

Portanto, de acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2019) é perceptível uma grande disparidade entre as regiões brasileiras em relação

à taxa de notificação de potenciais doadores e a conversão dos mesmos em doadores efetivos, afetando a meta brasileira anual de doadores por milhão de população. Pois, se as 05 regiões brasileiras obtivessem o mesmo linear de conversão, a meta seria até ultrapassada, tendo como referência a região sul, como consta na tabela abaixo.

Tabela 02 Notificação de potenciais doadores por região e seus respectivos valores de doadores efetivos

Regiões	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-oeste
Notificações de potenciais doadores	23,0	43,4	83,2	56,4	66,1
Doadores efetivos	3,7	12,7	36,1	19,7	11,1

FONTE: RBT 2019 (JAN-DEZ) - ABTO

Em dezembro de 2019, de acordo com o Registro Brasileiro de Transplante (RBT), a lista de espera de pacientes em nível nacional quantificava 37946 indivíduos, sendo que no decorrer do período de janeiro a dezembro o país recebeu 11400 notificações de potenciais doadores, das quais 3768 se tornaram doadores efetivos e 2674 recusas familiares, distribuindo o restante do valor entre 1761 contra-indicações médica, 927 paradas cardíacas, 865 mortes encefálicas não confirmadas e 2269 outros motivos.

Um fato negativo, que merece atenção de todos os departamentos abrangidos, é a preocupante condição da Região Norte, a mais desauxiliada do país em doação e transplante. Entre 2012 e 2019, enquanto o Brasil apresentou aumento no percentual de doadores efetivos, com elevação de 12,8 para 18,1 pmp, a Região Norte não teve crescimento, mantendo-se com 3,7 doadores pmp, taxa cinco vezes menor que a do Brasil. Situação mais complicada é no transplante renal com doador falecido, que aumentou neste período no Brasil, tendo passado de 20,6 pmp para 25,0 pmp, enquanto na Região Norte houve queda nestes percentuais, tendo a taxa de transplantes renais passado de 5,7 pmp para 3,2 pmp, taxa quase oito vezes menor que a do Brasil, refletindo suspensão do programa de transplante (AM), limitações em alguns estados (AC, RO) e ausência de programa de transplante em outros (RR, TO e AP). A ressalva positiva é a procura de doadores em Rondônia,

que iniciou em 2011 e, em 2019, com 13,7 doadores efetivos por milhão de população, excedendo a meta predita para 2019 (10 pmp).

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), em 2019, a Central Estadual de Transplantes de Rondônia (CET-RO) recebeu 50,8 notificações por milhão de população (pmp) e destas notificações 27% foram doadores efetivos. Em comparação com o Brasil e outros estados brasileiros com investimentos elevados em estruturação das CIHDOTTs, percebe-se a baixa notificação de potenciais doadores e baixa taxa de conversão de potenciais doadores em doadores efetivos. Por exemplo, o estado do Paraná recebeu 98,2 notificações pmp e teve 42% de conversão em doadores efetivos.

Em Rondônia ainda não foram estudadas as possíveis causas atribuíveis à baixa efetivação de doação e notificação. Em geral, a literatura cita como possíveis motivos a ocorrência de escapes (possíveis mortes encefálicas que não foram identificadas), problemas na manutenção do potencial doador, recusa familiar para doação e problemas logísticos ou estruturais (ABOT, 2018).

Diante do exposto, podemos afirmar que Rondônia compartilha dos mesmos problemas de outros estados brasileiros, sendo que a recusa familiar no momento da entrevista tem sido um fator limitante para a efetivação da doação de órgãos e tecidos no Brasil. Assim, uma abordagem familiar de maneira correta pela equipe de saúde é crucial no momento da entrevista, favorecendo o aumento da doação e posterior transplante (MONTE et. al. 2019).

3.2 ABORDAGEM FAMILIAR À LUZ DA LEGISLAÇÃO VIGENTE

Determina-se a entrevista familiar como o método empregado para aproximar-se da família do potencial doador, com o intuito de prover todas as informações, promover o suporte necessário para a tomada de decisão da família e obter o seu consentimento. A ocasião também é denominada de abordagem familiar e deve ocorrer posterior a confirmação do diagnóstico de morte encefálica e comprovação que o paciente possui critérios e condições para se tornar um doador de órgãos ou tecidos. Trata-se de momento extremamente delicado no processo de doação, pois consolida para a família a morte, a separação e a impotência (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Contudo, esta conquista ocorreu somente em 2001, a Lei 10.211 aboliu a doação presumida no Brasil e definiu que a doação de órgãos de indivíduos em óbito só sucederia com autorização familiar, independente do desejo em vida do potencial doador. Desde então, todas as formas de registro em documentos de identificação, como Carteira de Identidade Civil (RG) e Carteira Nacional de Habilitação (CNH), referentes à doação de órgãos deixaram de ter valor como forma de manifestação de vontade do potencial doador (GUETTI; MARQUES, 2008).

A família é quem consente para a realização da doação dos órgãos e tecidos para transplante, uma vez que de acordo com a lei mencionada acima, o consentimento informado ficou estabelecido como forma de manifestação à doação; contudo a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo de indivíduos falecidos para transplantes ou para outro intuito terapêutico, necessitará de consentimento do cônjuge ou parente, com maioria, correspondida à linha sucessória até o segundo grau, inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à averiguação do óbito (MORAES; MASSAROLLO, 2008).

A autorização familiar para a remoção de órgãos e tecidos constituída pela legislação do Brasil tem como intuito o transplante em indivíduos com patologias que aguardam em lista de espera, sendo que há três ocasiões decisivas para a deliberação familiar sobre a doação de órgãos. A doação em vida, sucedendo em indivíduos com adequadas condições de saúde, cuja remoção não danifique as funções vitais, a segunda ocasião é com morte de coração parado, que tem o sentido de morte compreendido popularmente como interrupção da vida, ou seja, quando o coração perde sua função e, por fim a terceira ocasião, com morte encefálica que compreende a parada completa e irreversível de todas as funções neurológicas intracranianas, considerando-se tanto os hemisférios cerebrais como o tronco encefálico (SILVA, 2010).

Entretanto, cada abordagem à família é única e repleta de particularidades e os profissionais de saúde envolvidos no processo de notificação a morte encefálica e no de doação de órgãos precisam transmitir uma boa linguagem verbal e não verbal para com os familiares, pois de acordo com algumas pesquisas realizadas em 2013, parte das famílias que negam a doação de órgãos argumentam como justificativa um descontentamento ao atendimento recebido pelos responsáveis médicos e enfermeiros. Nesse caso a não doação se dá como forma de repúdio e resposta à equipe referida. A falta do repasse das informações e o que acontece com o ente

querido ainda em vida geram diversas dúvidas, tornando assim a doação improvável (ROSARIO et. al., 2013).

A família deve ter certeza que foram utilizados todos os recursos para a recuperação do paciente, sendo primordial o sentimento que nada será diferente com relação ao tratamento e aos cuidados necessários. Outro fator importante na decisão familiar em relação a doar ou não os órgãos do seu ente querido, é a certeza que os órgãos não serão comercializados ou para benefício de indivíduos de maior poder social ou econômico, sendo essencial explicar como é o funcionamento da doação no Brasil, enfatizando a sistematização decorrente de lista de espera (ALMEIDA, 2011).

Vale ressaltar que no processo de doação-transplante o requerimento da doação dos órgãos precisa ser efetivado posterior a constatação clínica e gráfica da morte encefálica, sendo que solicitar à família a doação dos órgãos do seu ente querido sem a constatação do diagnóstico é uma condição que motiva a descreditação (MORAES; MASSAROLLO, 2008).

Diante disso, o diagnóstico de morte encefálica e a sua ciência por parte dos familiares é efetiva para o consentimento da doação. O protocolo preconizado para obter a autorização dos familiares para a doação de órgãos consiste no médico explicar que o paciente está em morte encefálica e que este preenche todos os critérios para doação de órgãos, sendo, então, considerado um potencial doador. Posterior a essa primeira abordagem, uma equipe multiprofissional habilitada aborda a família. Tal estratégia de explicar aos familiares sobre a morte encefálica é de extrema importância para promoção do processo, já que foi descrito na literatura, que a desconfiança no diagnóstico adequado de ME pela população leiga é um fator limitante para a doação de órgãos (OLIVEIRA; FERNANDES, 2016).

A solicitação de doação de órgãos tem um choque significativo sobre os familiares, com sequelas que permanecem muito tempo após o óbito do integrante da família, independentemente da decisão adotada (doar ou não doar), o procedimento como um todo é um experimento complexo e de alteração nas famílias (PESSOA; SCHIRMER; ROZA, 2013).

Segundo Camatta et al (2011), o treinamento do entrevistador e as atitudes da equipe são fatores fundamentais para o aumento do número de doações, pois para muitas famílias, o processo de doação é desgastante e sofrido. Estudo feito na Nova Zelândia mostrou que 38 dos 49 entrevistados encontraram grande ajuda no

carinho e na compreensão da equipe, que precisa saber escolher corretamente as circunstâncias em que as conversas com a família devem ser realizadas. Deixar que os familiares exponham os sentimentos e as dúvidas que surgem com a perda de um ente querido faz muita diferença.

A entrevista realizada com o familiar deve ocorrer de forma objetiva e clara, permitindo a compreensão que o familiar/paciente se encontra em condição de morte encefálica e que os órgãos podem ser doados. Essa comunicação pode ser exercida através do médico que acompanhou o paciente, pelo médico da UTI, pelos integrantes da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes (CIHDOTT) ou pela organização de procura de órgãos (OPO). Nos casos em que haja consentimento da doação de órgãos a família deve ser orientada a respeito de todo procedimento a ser realizado durante todo o processo da doação de órgãos (ABTO, 2017).

A assistência apropriada ao PD e o acolhimento ofertado aos familiares facultam a efetivação da entrevista e demandam a inclusão da equipe multiprofissional para abordar a família com integridade e excelência na entrevista. O recinto deve ser aconchegante, tranquilo, afável com a finalidade de impedir a agitação no setor, que pode dificultar a compreensão das informações e distante do local onde o doador está internado, para que a família não o observe, durante a entrevista (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

3.3 A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Segundo o manual do núcleo de captação de órgãos do Hospital Albert Einstein (2014), todas as profissões no campo da saúde trabalham os conceitos do cuidar, colocando-os como foco principal de seus embasamentos teóricos e práticos. Entretanto uma profissão, em específico, tem o cuidar como seu paradigma maior: a enfermagem.

A Enfermagem é uma área de estudo imprescindível nas Ciências da Saúde, uma vez que seus métodos, normas e ações dedicam-se a prover suporte às medidas terapêuticas e de cura dos indivíduos, assim como medidas de cuidados aos pacientes na ocasião do óbito e suporte aos seus familiares (ARAÚJO; SANTOS; RODRIGUES, 2017).

Nas últimas décadas, a Enfermagem vem se distinguindo como profissão em sucessivo desenvolvimento na conquista de novos horizontes e perspectivas, por meio do saber ético e profissional e das inovações tecnológicas. Em consequência, promove assistência holística e humanizada aos indivíduos e adquire, além disso, espaço concreto e visível nos sistemas de saúde e nas equipes de caráter multidisciplinar (GUIDO. et. al. 2009).

Na equipe multiprofissional o enfermeiro tem um papel de destaque frente aos cuidados proporcionados ao indivíduo em morte encefálica e aos receptores de órgãos, pois o enfermeiro é o profissional responsável por prestar o cuidado direto a esses pacientes, especialmente no que diz respeito aos cuidados direcionados ao potencial doador de órgãos e seus familiares, uma vez que o sucesso do transplante está intimamente relacionado à manutenção ideal desse potencial doador e o suporte aos seus familiares (CAVALCANTE et al., 2014; MORAES et al., 2014).

Diante da crescente atuação do profissional enfermeiro em meio ao processo de doação-transplante, em 2004 o Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução COFEN 292/2004, regulamentou o desempenho do profissional enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos, a qual explicitou um entendimento claro a respeito do papel deste profissional como elemento promotor da notificação aos órgãos governamentais que detêm a responsabilidade do gerenciamento dos processos de captação e redistribuição de órgãos e tecidos, monitoramento das condições vitais do doador em potencial, e acompanhamento dos familiares na realização dos procedimentos de permissão de doação. Sendo que uma das atribuições que aparece como exigência na resolução é a necessidade da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos (COFEN, 2004; SANTOS et al., 2019).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um alicerce no desenvolver o processo de enfermagem em cada etapa, independente da especialidade da área da saúde, além de personalizar a assistência, prestar cuidados necessários com habilidade, competência e humanização ao indivíduo (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005). Juntamente com a SAE, a resolução 358/2009 do COFEN dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem (PE) determinando suas fases como: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, com caráter interdependente e correlacionadas.

Ainda na Resolução COFEN 292/2004, no que diz respeito às ações de enfermagem frente ao receptor de órgãos e tecidos e aos pacientes transplantados, incumbe ao enfermeiro aplicar a SAE em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos, ao receptor e família. A resolução dá destaque para identificação dos Diagnósticos de Enfermagem de riscos reais e de bem-estar, para a realização também das intervenções de enfermagem a fim de prevenir ou minimizar os riscos que possam interferir no transplante (COFEN, 2004).

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem, por tratar-se de uma fase dinâmica, organizada e complexa do processo de enfermagem, demanda do profissional de enfermagem o pensamento crítico-reflexivo e a tomada de decisão. A partir do diagnóstico de enfermagem surge a probabilidade de individualizar o cuidado, tendo a probabilidade de assinalar as dificuldades existentes diante de uma averiguação das informações recolhidas na investigação e importantes para o planejamento do cuidado (ARAUJO et al., 2011; NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011).

Em concordância, NANDA (2013), cita que os diagnósticos de enfermagem apresentam os problemas de saúde contemporâneo ou potencial dos indivíduos, que são solucionados pelas intervenções de enfermagem. Cada diagnóstico de enfermagem tem um fundamento ou causa relacionada que colabora para sustentar o problema; sua resolução ou modificação, auxiliando como foco para a intervenção de enfermagem.

No decorrer do processo no ambiente hospitalar, após a confirmação da morte encefálica a assistência de enfermagem vai além da atenção ao potencial doador o cuidado estende-se a família enlutada. Em meio à desesperança e a amargura, naturalmente não conseguem entender e absorver tantas informações sobre as regras/normas da doação que lhes foram faladas antes do óbito da pessoa estimada. O enfermeiro deve instituir uma conexão de confiança e competência humanizada com a família consternada oferecendo ajuda psicológica, informações autênticas, práticas, explicar novamente a respeito da ME e as bases legais com o objetivo de alcançar o entendimento e a compreensão da família e apoiar na decisão a ser tomada (ANDRADE; SILVA; LIMA, 2016). Essa abordagem deve ser embasada em diagnósticos e prescrições de Enfermagem padrões, como a que segue abaixo.

Quadro 02 Diagnóstico de Enfermagem prevalente nos familiares dos potenciais doadores

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Pesar dos familiares: caracterizado pela dor, manutenção de conexão com o falecido e sofrimento, relacionado à antecipação da perda de pessoa significativa (NANDA, 2013, p. 288).	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer apoio emocional aos familiares do paciente (enfermeiro e equipe); - Esclarecer dúvidas aos familiares sobre a morte encefálica e doação de órgãos (enfermeiro).

Fonte: NANDA, 2013

De acordo com BIANCHI (2015), esse diagnóstico engloba as vivências momentâneas dos familiares do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos, enfatizando a amplitude deste assunto, pois muitos desconhecem os detalhes do processo de captação dos órgãos, visando levar informações para facilitar a aceitação dos familiares frente ao diagnóstico de ME e a tomada de decisão em relação a doação diminuindo o pesar.

Assim, evidenciou-se que o processo de conversão de um potencial doador em doador efetivo demanda que a equipe multiprofissional seja qualificada e preparada para lidar com essa situação tanto na dimensão técnico-científica quanto humanística, que são essenciais ao cuidado de enfermagem. Após a detecção do paciente em ME como um potencial doador é preciso realizar a manutenção deste, com o objetivo de otimizar a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade dos órgãos e tecidos até o momento da autorização familiar para doação de órgãos e tecidos (SILVA; NOGUEIRA; SÁ, 2016).

Para tanto, é de suma importância que o enfermeiro da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) ou da Organização de Procura de Órgãos (OPO), posterior à autorização familiar para doação de órgãos, realize exame físico meticuloso e colete exames específicos para averiguar a viabilidade dos órgãos, assim como eliminar riscos de transmissão de doenças neoplásicas ou infecciosas aos receptores (Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT, 2014).

Uma anamnese detalhada deve ser efetivada no prontuário do indivíduo em óbito, assim como uma investigação prévia aos familiares e amigos, averiguando-se os hábitos alimentares anteriores, comportamentos de risco como: uso de drogas ilícitas, alcoolismo, tabagismo, comportamento sexual, procedência geográfica, processos febris, enfermidades neurológicas, antecedentes familiares, exames laboratoriais de imagem, verificação de peso, altura e circunferência torácica na linha mamilar (ABTO, 2009).

Segundo o Manual do núcleo de captação de órgãos do Hospital Albert Einstein (2014), alguns detalhes devem ser observados e registrados durante a realização do exame físico completo em um potencial doador, conforme se segue:

Inspeção: verificar a presença de cicatrizes, tatuagens, piercings, sinais de drogadição (orifícios causados por agulhas nos braços, pernas e órgãos genitais, lesões na mucosa da narina), sinais de doença venérea (verrugas, bolhas, vesículas, pústulas ou secreção purulenta nos órgãos genitais). Ausculta: verificar alterações pulmonares (roncos, sibilos, estertores) e/ou alterações cardíacas (bulhas arrítmicas, sopros, terceira bulha). Percussão: checar a presença de massas ou líquidos nas regiões pulmonar e abdominal. Palpação: averiguar a presença de gânglios, nódulos, massas, sinais de retenção urinária (bexiga aumentada e tensa à palpação – nesse caso, verificar possível obstrução).

Depois de obter o consentimento familiar e realizar os exames clínicos, laboratoriais e antropométricos referentes ao potencial doador mencionado acima, o enfermeiro do centro cirúrgico obrigatoriamente comunica a família sobre o início da retirada dos órgãos e também sobre o seu término. Sendo que ao término da cirurgia, o corpo do paciente é entregue pelo profissional de enfermagem do centro cirúrgico após minuciosa inspeção e condignamente recomposto à família, à qual são dadas as devidas condolências, além do acolhimento final a estes (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Conforme Teles e Nogueira (2015) a atuação do profissional enfermagem no centro cirúrgico é crucial no processo de doação de órgãos, pois o mesmo presta cuidados assistenciais e contínuos desde a internação no pré, intra e o pós-transplante, Incluído a manutenção fisiológica do potencial doador com morte encefálica. É primordial o conhecimento técnico e científico para repassar informações autênticas aos familiares com maior propriedade o que favorece a efetivação do PD.

É de suma importância a vigilância intensiva ao potencial doador com o objetivo de prevenir disfunções orgânicas fisiopatológicas. Portanto nessa fase a enfermagem exerce a função principal, uma vez que presta assistência direta ao PD mantendo os parâmetros naturais clínicos e laboratoriais. No entanto a enfermagem precisa ter clara noção das alterações em gerais classificando a manutenção e conservação dos órgãos e tecidos destinados ao transplante. O enfermeiro responsabiliza-se pelos cuidados desses pacientes adotando medidas apropriadas, uma vez que a efetivação está absolutamente ligada às ações pregressas (Vasconcelos et al., 2014).

Cabe ao enfermeiro coordenador de transplante gerenciar o sistema de doação e transplante, coordenar as diferentes fases que compõem o período perioperatório no decorrer do tempo, assim como os receptores quando necessário. O enfermeiro assistencial responsabiliza por requerer os cuidados de enfermagem aos doadores de órgãos vivo ou cadáver aos receptores e seus familiares. Quanto ao papel do enfermeiro no exercício profissional na dimensão de doações e transplantes de órgãos em amplos aspectos das atividades, fundamenta-se na legislação, na ética a preservar autonomia, os direitos e dignidade dos atores incluso no processo; documentar, registrar e arquivar todas as ações proporcionadas (MENDES et al., 2012).

Diante do exposto acima, tornou-se perceptível que no processo de doação-transplante é de extrema importância abordagem meticulosa e individualização aos potenciais doadores nas condutas realizadas pela equipe de saúde, pois o cuidado ao paciente em morte encefálica distingue-se como um exercício complexo executado pela equipe multiprofissional. Sobressai, nesta atividade, o papel do profissional de enfermagem, sendo responsável por prestar o cuidado direto ao potencial doador de órgãos e tecidos e seus familiares, tendo desempenho essencial no manejo nas repercussões fisiopatológicas próprias da morte encefálica, na monitorização hemodinâmica e na prestação de cuidados individualizados ao potencial doador e seus familiares (SILVA; NOGUEIRA; SÁ, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa e análise descritiva, o qual investiga e interpreta fenômenos de caráter psicossocial e cultural apresentados por indivíduos relacionados ao campo saúde-doença, associado à pesquisa descritiva visando delinear as características de determinada população estabelecendo relações entre as variáveis apresentadas (ROSARIO, 2013 apud TURATO, 2005).

Neste estudo utilizou-se a intercomunicação de método, amparando-se na pesquisa quantitativa por sua capacidade de apreender a extensão do objeto, ou seja, da realidade a ser pesquisada.

Para a elaboração teórica, realizou-se uma revisão bibliográfica dos trabalhos publicados através da Biblioteca Júlio Bordignon (BJB FAEMA) que dispõe de pesquisas em base de dados, como: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e Associação Brasileira de Transplantes (ABTO). Além da legislação pertinente, teses e manuais afins. A pesquisa foi delimitada entre os anos de 2008 a 2019, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): Doação de órgãos e tecidos, negação de participação, família, enfermagem e transplantes.

4.2 CAMPO DE PESQUISA

A coleta de dados foi realizada na Central Estadual de Transplantes (CET), denominada de Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de Rondônia, a mesma é instalada dentro do Hospital de Base Ary Pinheiro, sendo sediada na Avenida Governador Jorge Teixeira, número 3766, bairro Industrial, Porto Velho, Rondônia. O órgão é uma gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), responsável pela coordenação estadual das atividades de doação e transplante.

Pelo Decreto estadual nº 10.850, de 29 de dezembro de 2003 foi criado a CNCDO de Rondônia, autorizada pelo Ministério da Saúde (MS) pela Portaria nº. 452 de 22 de junho de 2006 (RONDÔNIA, 2003; BRASIL, 2006).

A CNCDO de Rondônia está sediada na capital do Estado, e os profissionais que atuam no serviço de doação de órgãos, OPO ou CIHDOTT, estão instalados dentro dos hospitais notificantes, e a OPO além de estar situada dentro de um hospital notificante, está situada nas dependências da CET. A OPO quando notificada atua em hospitais que não possui equipe de doação, por ser uma organização com atribuições supra hospitalar.

Além das equipes de doação, o Estado possui duas (2) equipes transplantadoras de córnea e uma (1) equipe transplantadora de rim, todas estabelecidas na cidade de Porto Velho. Segundo a Portaria 2600/2009 a OPO somente é autorizada pelo SNT, no entanto a CIHDOTT pode ser autorizada pela própria CNCDO, a partir de solicitação formal do hospital notificante (BRASIL, 2009).

A Portaria nº. 41, de 10 de janeiro de 2012, autoriza o funcionamento da OPO em Rondônia, e a partir do deferimento da CNCDO, a CIHDOTT do Hospital e Pronto-socorro João Paulo II, foi implantada em 2012. Em 2013 foi instituída a CIHDOTT em Ji-paraná (Hospital Cândido Rondon) e Cacoal (Hospital Regional de Cacoal). Apenas em 2014 que no Hospital Regional de Vilhena Adamastor Teixeira de Oliveira foi estabelecida a comissão de doação (BRASIL, 2012).

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A amostra foi coletada pelo serviço responsável pela guarda e arquivo dos prontuários da Central Estadual de Transplante de Rondônia, constituída de 14 documentos médico-hospitalares de PDs identificados e notificados para a Central Estadual de Transplantes de RO aos quais houve recusa à doação de órgãos e tecidos para transplante no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2019.

A coleta de dados teve duração de dois meses, com início em maio e finalização em junho de 2020, nos turnos manhã e tarde, tendo a utilização de um formulário norteador contendo o total de oito itens em que se buscam aspectos relativos à idade do paciente, sexo, estado civil, procedência, tempo de internação até o óbito, causa do óbito, grau de parentesco e o motivo da recusa da doação de órgãos pelo familiar.

Inicialmente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambientes (FAEMA) constituído nos termos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS), expedida em 10/10/1996 e Resolução 466/12, sendo aprovado conforme parecer nº4.043.093. Vale ressaltar que todos os procedimentos éticos foram respeitados visando assegurar a privacidade e o sigilo dos dados.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram empregados como critérios de inclusão os prontuários pertinentes a pacientes aos quais familiares negaram a doação de órgãos e tecidos para transplante no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2019, sendo de ambos os sexos e procedentes de todos os municípios de Rondônia.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram utilizados como critérios de exclusão os prontuários aos quais os indivíduos sofreram parada cardiorrespiratória, tiveram contraindicação médica, comprovação de doenças transmissíveis, neoplasia, familiares aceitaram a doação de órgãos e tecidos para transplante, assim como prontuários com datas anteriores a 01 de janeiro de 2019 ou posteriores a 31 de dezembro de 2019.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a interpretação dos dados obtidos, utilizou-se uma Planilha Dinâmica no Excel para quantificação dos resultados obtidos, agrupando os conteúdos aos quais foram retirados dos prontuários.

4.7 MANUTENÇÃO DO SIGILO

O sigilo foi mantido através da aquisição do material para a pesquisa por meio de solicitação destes dados ao SAME (Setor de Serviço de Atendimento Médico e Estatístico) da instituição, no qual foram entregues sem identificação dos nomes dos pacientes, assim como sem identificação dos familiares dos mesmos.

4.8 DISPENSA DE TCLE

Houve dispensa do TCLE segundo resolução Nº 466, DE 12 DE dezembro de 2012, a qual ampara em caso de óbito do participante da pesquisa, devido a impossibilidade de consentimento do mesmo, sendo assegurada no inciso IV.8.

Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento.

4.9 RISCOS

São riscos mínimos, entre eles: o risco de quebra de sigilo, risco no manuseio das informações contidas nos prontuários e divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação.

4.10 BENEFÍCIOS

O estudo proporcionará benefícios como conhecimento dos resultados da pesquisa pela Central Estadual de Transplantes (CET), denominada de Central de Notificação Central Estadual de Transplantes de Rondônia, a equipe de Organização para Procura de Órgãos (OPO) e a Comissão Intra Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), tendo contribuição através da demonstração dos dados quantificados referentes aos motivos/causas que influenciam na decisão de doar ou não pelos familiares, propiciando através do conhecimento dos mesmos, um desenvolvimento de alternativas e estratégias efetivas para a redução das recusas por familiares de potenciais doadores.

O presente estudo também proporcionará benfeitorias, através de ênfase sobre a importância das instituições de saúde e governamentais incentivarem e conscientizarem a sociedade com publicidades e campanhas que comprovem o quanto é importante a doação de órgãos, assim como a contribuição para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem proporcionada aos familiares de potenciais doadores, promovendo sensibilização dos profissionais que atuam nessa

área para compreender a circunstância vivenciada pelas famílias, proporcionando aos mesmos acolhimento e respeito.

5 RESULTADOS

Para o desenvolvimento da sistemática da recusa de doação de órgãos e tecidos no Estado de Rondônia, foi realizada coleta de dados referente ao período de janeiro a dezembro de 2019, tendo como resultados os dados tabelados abaixo.

Tabela 03 Número de potenciais doadores, doadores efetivos e recusa familiar, durante o ano de 2019 em Rondônia

VARIÁVEIS	NÚMERO
Número de notificações (potenciais doadores)	89
Número de doadores efetivos	24
Recusa familiar	14
Parada cardiorrespiratória	2
Contraindicação médica	15
Morte encefálica não confirmada	11
Outros	23

Tabela 04 Em relação à recusa familiar, o perfil dos potenciais doadores de órgãos e tecidos

VARIÁVEIS	NÚMERO	PERCENTUAL
Gênero		
Masculino	8	57,1%
Feminino	6	42,9 %
Faixa etária		
18 a 34	4	28,6%
35 a 49	5	35,7%
50 a 60	5	35,7%
Média das idades	43,6	
Estado civil		
Casado	08	57,1%
Solteiro	04	28,6%
Não registrado	02	14,3%

Tabela 05 Especialidades médicas que aplicaram o 1º e 2º Teste clínico para constatação de Morte Encefálica

VARIÁVEIS	NÚMERO	PERCENTUAL
Especialidade médica que realizou o 1º teste		
Intensivista	09	64,3%
Neurocirurgião	03	21,5%
Clínica médica	01	7,1%
Infectologista	01	7,1%
Especialidade médica que realizou o 2º teste		
Intensivista	06	42,9%
Neurocirurgião	07	7,1%
Clínica médica	01	7,1%

Tabela 06 Tempo entre o 1º e 2º exame clínico

VARIÁVEIS	NÚMERO	PERCENTUAL
01 – 06 horas	4	28,6%
06 – 12 horas	4	28,6%
12 – 24 horas	3	21,4%
24 – 48 horas	3	21,4%

Tabela 07 Causa do diagnóstico de Morte Encefálica

VARIÁVEIS	NÚMERO	PERCENTUAL
Traumatismo crânio encefálico	03	21,4%
Traumatismo crânio encefálico + Hematoma subdural agudo	01	7,1%
Hemorragia subaracnóidea	03	21,4%
Hemorragia subaracnóidea + isquemia cerebral	01	7,1%
Acidente vascular encefálico (isquêmico/hemorragico)	05	35,9%
Encefalopatia hipóxica-isquêmica	01	7,1%

Tabela 08 Grau de parentesco do entrevistado com o potencial doador

VARIÁVEIS	NÚMERO	PERCENTUAL
Irmãos	05	35,7%
Conjugues	05	35,7%
Filhos	03	21,5%
Pais	01	7,1%

Tabela 09 Motivo da recusa familiar para doação de órgãos e tecidos para transplante no período de janeiro a dezembro de 2019

VARIÁVEIS	NÚMERO	PERCENTUAL
Doador contrário à doação em vida	06	42,9%
Desconhecimento do desejo do potencial doador	02	14,3%
Discordância familiar	02	14,3%
Convicções religiosas	02	14,3%
Tempo de espera para entregue do corpo	01	7,1%
Outros	01	7,1%

6 DISCUSSÃO

Dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos indicam que 50% das famílias de potenciais doadores recusa a doação de órgãos. A literatura mostra que, no Brasil, a recusa familiar nas entrevistas em 2019 foi responsável por 40% da não efetivação da doação em todo o país. Em Rondônia no ano mencionado acima, evidenciou-se que a recusa familiar no momento da entrevista correspondeu a 38%, tendo um significativo progresso em comparação aos anos anteriores e uma equidade em relação ao percentual brasileiro quando o denominador passa a ser o número de entrevistas realizadas.

Segundo a tabela 03, ocorreram 89 notificações de potenciais doadores em Rondônia em 2019, sendo que deste quantitativo total, 38 indivíduos estavam aptos para realização de doação e posterior transplante, e por este motivo a família foi submetida a uma entrevista. No momento da entrevista, 14 familiares foram contrários à doação de órgãos e tecidos. O valor restante foi distribuído entre 15 contra-indicações médicas, 2 paradas cardiorrespiratórias, 11 mortes encefálicas não confirmadas e 23 por outros motivos não especificados.

Em pesquisa realizada no Brasil no início de 2019, foi constatado que apenas 30% dos potenciais doadores que foram notificados tornaram-se doadores efetivos, estes dados corroboram com o presente estudo (MONTE et al., 2019).

Percebe-se que o quantitativo absoluto de potenciais doadores é bem mais elevado que o número de notificações realizadas. A notificação compulsória é imprecisa, sendo que na maioria dos casos a detecção do doador decorre da busca ativa das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, e não por conscientização sobre a obrigação de notificação por parte da equipe médica.

Em relação ao perfil dos potenciais doadores de órgãos e tecidos aos quais os familiares apresentaram negativa à doação, constatou-se maior incidência do sexo masculino com 57,1%, vindo em consenso com outros estudos da mesma temática já publicados anteriormente no Brasil,

apresentando a média das idades de 43,6 anos como se consta na tabela 02 e apresentando a menor idade dos indivíduos de 24 anos e a maior idade de 66 anos.

Os dados mencionados acima conferem com os apresentados pelo Ministério da Saúde (2019), que assinalou que entre os 10 e 69 anos há maior mortalidade no sexo masculino do que no sexo feminino e após os 70 anos esta realidade se inverte, sendo o índice de morte entre o sexo feminino mais elevado que entre o sexo masculino.

Quanto ao estado civil houve predominância de casados (57,1%), seguidos de solteiros (28,6%) e não registrados (14,3%).

Segundo a Resolução do CFM nº 2.173/2017 para que se possa diagnosticar a morte encefálica, é necessária a efetivação de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo alteráveis, adequados para cada faixa etária. De acordo com a resolução mencionada acima, indivíduos acima de 2 anos de idade o intervalo mínimo será de 01 hora, o que difere da legislação anterior que era de 06 horas.

Um fato interessante apresentado pelo estudo é que o número da amostra evidenciou que 28,6% dos casos se deu o intervalo de tempo igualmente até 6 horas e até 12 horas entre a realização do primeiro exame clínico e o segundo exame clínico, sendo que podemos afirmar que o estabelecido no art. 3º e parágrafo 4º da nova resolução mencionada acima, já está sendo acatado.

No que se refere à causa da ME, houve predomínio (35,9%) do diagnóstico de pacientes que apresentaram Acidente Vascular Cerebral (AVE), seguido de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) (21,4%) e hemorragia subaracnóidea (21,4%), entre outras causas com menor percentual. Estas informações são equivalentes aos assinalados pelo MS no Brasil em 2019, que assinalam patologias do aparelho circulatório e causas externas como principais causas de morte no sexo masculino.

Quanto ao delineamento do estudo para analisar os motivos da recusa familiar a qual tem sido assinalada como fator restritivo na disponibilização de órgãos e tecidos para transplante, pode-se observar na tabela 06, o motivo mais comum alegado para não autorização familiar da doação, foi o doador contrário à doação em vida.

Diante disso, percebe-se o desconhecimento da sociedade em relação ao diagnóstico de ME, pois se o indivíduo em vida constitui-se contrário a doação, podemos inferir que seu nível de informação está deficiente, quer pela qualidade da informação sobre morte encefálica, quer por não ter transposto o obstáculo do receio estigmatizado do mercantilismo de órgãos propagado pelos meios de comunicação.

Compreendendo a importância do motivo primordial para não doação, faz-se necessário determinar a entrevista como imprescindível nesse processo, a qual abrange não somente conhecimento técnico, mas igual preparo emocional do entrevistador para com os familiares, pois se a mesma compreender a relevância do assunto torna-se possível o favorecimento da doação.

Outro motivo anexado a pesquisa com 14,3% é o desconhecimento familiar da vontade do PD quanto à doação de órgãos, sendo que nestes casos a decisão favorável é atribuída ao desejo da família ajudar pessoas, assim como à estima de que após o óbito não deve haver afeto à matéria física, mas ao ser altruísta.

O não conhecimento do anseio do paciente quanto à doação provem da ausência de diálogo sobre o assunto. A inexistência de diálogo sobre doação é atribuída à crença de que é remota a possibilidade de óbito de algum integrante da família, ou pelo fato de ter aversão ao óbito.

Ressalvamos a importância da discussão do assunto “doação de órgãos” com amigos e familiares, pois os indivíduos, quando providos de informações consistentes, possuem a capacidade de instigar discussões, o que considera-se promoção de doação.

O familiar que compreende o diagnóstico de morte encefálica geralmente favorece a doação de órgãos, em comparação com familiares que aderem o conceito que o óbito só sucede depois da parada cardíaca.

Desconstruir um conceito milenar de morte e passar a acatar inovações relativas teorias trouxe à população um dilema importante e difícil de ser referido no seio familiar. Durante muitos anos a morte era conceituada como uma cessação abrupta das funções cardíacas, dessa forma atribuindo ao coração a responsabilidade de ser o mantedor da vida. Moraes et al, 2015 traz em seu estudo dilemas vividos pelas famílias ao se deparar com a difusão

desse novo conceito de morte. Perturbados com a partida de seu ente querido apegam – se a possibilidades remotas, como o restabelecimento das funções neurais. Além disso, o fato de que na morte encefálica a função cardíaca ainda está preservada remete os familiares a possibilidade de vida do seu ente.

A pesquisa também apontou que entre as causas identificadas como recusa familiar á doação de órgãos e tecidos estão as convicções religiosas, onde muitos indivíduos utilizam a interpretação pessoal de algumas passagens bíblicas sobre ressurreição para justificar a negativa familiar. Rosário et al, 2013 também complementa nesse mesmo contexto a relação religiosa na abordagem do tema, trazendo questionamentos dos familiares a possibilidade de um milagre, pela crença divina e no poder da ressurreição, levando à recusa da doação.

Todavia, segundo a bíblia sagrada, “amar o próximo como a ti mesmo” transfigura o segundo dos mandamentos de Deus, então negar ao próximo a oportunidade de continuar vivendo torna-se incoerente toda a ideologia dessa doutrina.

CONCLUSÃO

Diante da grande desproporcionalidade entre a quantidade de indivíduos na lista de espera e o número insuficiente de doadores que por muitas vezes são devido a não efetivação da doação por parte dos familiares; o presente estudo proporcionou maiores informações sobre os motivos que levam os familiares dos potenciais doadores a recusarem a doação de órgãos e tecidos para transplante, pois constatou-se que são fatores possíveis de modificação, tais como doador contrário a doação em vida, desconhecimento do desejo do potencial doador pelos familiares e as convicções religiosas.

Diante disso, faz-se necessário que a equipe de entrevista esteja devidamente treinada para abordar a família, pois este é um momento delicado e dolorido para os familiares. A abordagem deve ocorrer em um local calmo onde a família se sinta confortável e todas as dúvidas da família devem ser esclarecidas para que desta forma a melhor decisão seja tomada. Assim como a realização de campanhas educacionais de conscientização e políticas de saúde pública que incentivem a sociedade apresentar seu anseio em doar e debater em família a decisão adotada, buscando diminuir as negativas da doação de órgãos e tecidos devido à recusa familiar.

Cabe ao enfermeiro como profissional atuante no processo de doação e captação de órgãos e tecidos para transplante, muitas vezes realizar a abordagem familiar, realizar capacitação e qualificação para melhor acolhimento familiar. Lembrando que a atuação do enfermeiro não se restringe ao cuidado do indivíduo potencial doador, mas compreende igualmente a assistência aos familiares, pois os mesmos são parte essencial nessa engrenagem para aumentar as doações e reduzir a lista de espera por transplante.

Frente a essa realidade, a equipe multidisciplinar deve atuar com promoção de educação à sociedade, visando modificar a opinião pública em relação aos conceitos errôneos sobre a temática. Todavia, as crenças antagônicas só poderão ser modificadas se a equipe estiver capacitada para difundir conhecimento consistente e estímulo à sociedade, visando participação em debates sobre transplantes de órgãos e legislação.

Cabe enfatizar o amparo do departamento público aos programas de transplantes e a implantação de políticas públicas de incentivo à doação de órgãos, assim como estratégias de busca ativa por potenciais doadores e a disseminação de conhecimento sobre a temática para conscientização da sociedade quanto ao anseio de se tornar um doador.

Igualmente é de extrema valia a inserção de uma disciplina voltada a doação/transplantes de órgãos nos cursos de graduação da área de saúde, para que os graduando possam entrar no mercado de trabalho com conhecimento prévio sobre o conteúdo, sendo possível reconhecer um PD e atuar com segurança e eficácia, melhorando a qualidade de vida da sociedade.

REFERÊNCIAS

ABTO, Associação brasileira de transplante de órgãos. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**, 2019.

ALMEIDA, Elton Carlos de. **Doação de órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira** 2011. 97 f. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

ANDRADE, Diêgo Correia de; SILVA, Surellyson Oliveira Pereira da; LIMA, Carlos Bezerra. Doação de órgãos: uma abordagem sobre a responsabilidade do enfermeiro. **TEMAS EM SAÚDE**: João Pessoa, v. 16, n. 4, p. 241- 26, 2016.

ARANDA, Renata Souza; ZILLMER, Juliana Graciela Vestena; GONÇALVES, Kamila Dias; PORTO, Adrize Rutz; SOARES, Eduarda Rosado; GEPPERT, Aline Kohler. Perfil e motivos de negativas de familiares para doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev baiana enferm**. 2018;32:e27560.

Associação Brasileira de transplante de órgãos (ABTO). **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. São Paulo: ABTO, 2009.

ARAÚJO, Claudinei de; SANTOS, Jéssica Aparecida Vila dos; RODRIGUES, Renata Alves Pinheiro; JÚNIOR, Luís Roque Guidi. O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos. **Revista Saúde em Foco – Edição nº 9 – Ano: 2017**.

ARAÚJO, T.M; et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm**. v.64, n4, p.671-676, 2011.

Associação Brasileira de Transplante de órgãos. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado**. Registro Brasileiro de Transplantes. 2019; XXIII:4.

AVILES R, Lissette; RIVERA M, M. Soledad; CATONI S, María Isabel. Donar, un cambio de vida: comprender la experiencia de familiares que aceptaron la donación de órganos. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 142, n. 6, p. 702-706, jun/2014 .

BIANCHI, Mariana; ACCINELLI, Lilian Garcia; SILVA, Marisa Antonio; MANEGÓCIO, Alexandro Marcos. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos. **UNICIÊNCIAS**, v. 19, n. 2, p. 174-180, Dez. 2015

BONETTI, Caroline Elisa; BOES, Adilson Adair; LAZZARI, Daniele Delacanal; BUZANA, Juliano de Amorim; MAESTRI, Eleine; BRESOLIN, Paula. Doação de órgãos e tecidos e motivos de sua não efetivação. **Revista Enfermagem UFPE On Line**. Recife, 11(Supl. 9):3533-41, set., 2017.

Brasil. Portaria GM/MS n. 2.600, de 21 de outubro de 2009. **Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes**. Diário Oficial da União 2009.

Brasil, Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006. **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)**. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: **uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília (DF):MS; 2019.

BARRETO, Bruna Souza; SANTANA, Rubia Janine Brandão; BRITO, Fabiana Pereira Guimarães. Principais variáveis envolvidas na não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe – brasil. Aracajú, 2015. Trabalho de conclusão de curso da Universidade Tiradentes - UNIT

CAMATTA, Jana Aparecida Paccielli; BERTi, Heloisa Wey; AYRES, Jairo Aparecido; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Motivos da recusa à doação de órgãos apontados por familiares de pessoas com morte encefálica. **Jbt j bras transpl**. 2011.

CAVALCANTE, L.P.; RAMOS, I.C.; ARAÚJO, M.A.M. ALVES, M.D.S.; BRAGA, V.A.B. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paul Enferm**. v.27, n.6, p.567-572, 2014.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 292/2004**. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>. . Acesso em 23 de outubro de 2019.

Conselho federal de enfermagem. **Resolução COFEN 358\2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos, privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Acesso em 29 de maio de 2020.

COSTA, Carlane Rodrigues; COSTA, Luana Pereira da; AGUIAR, Nicolay. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n.2, p.368-373, agosto 2016.

DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO Rita Catalina Aquino. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 728, 2010.

DOMINGOS, G.R.; BOER, L.A.; POSSAMAI, F.P. Doação e captação de órgãos de pacientes com morte encefálica. **Enfermagem Bras**, v.9, n.4, p.206-12, 2010.

FREIRE, I. L. S.et al. Processo de doação de órgãos para transplante: análise comparativa entre legislações. **Rev. enferm. UFPE on line**, v.5, n.6, p.1211-7, 2012.

GARCIA, C. D.; PEREIRA, J. D.; GARCIA, V. D. Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: **Segmento Farma**, 2015.

GUETTI N.R, MARQUES I.R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2008 Jan-Fev; 61(1): 91 91-7.

GUIDO, Laura de Azevedo; LINCH, Graciele Fernanda da Costa; ANDOLHE Rafaela; CONEGATTO, Carmine Cony; TONINI, Carolina Codevila. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2009 novembro-dezembro; 17(6).

HEINZEN, Evelyn. Análise dos órgãos ofertados à Central Nacional de Transplantes (CNT) provenientes de doadores idosos. Projeto de Defesa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2015.

MACEDO, Luciana Conci; OLIVEIRA, Jhannelly Arruda. Perfil epidemiológico dos potenciais e efetivos doadores de órgãos de Campo Mourão-PR. **Revista Saúde e Biologia**. 2013; v.8, n.3, p.40-48, ago/dez.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de; LANZONI, Francisca Georgina Macêdo de; SILVA, Elza Lima da; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2018;39:e2017- 0274.

Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT / coordenação Luciana Carvalho Moura, Vanessa Silva e Silva. -- Barueri, SP: **Minha Editora**, 2014.

MATTIA, A. L. et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Bioethikos**: Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.1, n.4, p.66-74, jan. 2010.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.262. Brasília 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. Acesso em 23 de outubro de 2019.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.600/2009. Brasília 2009; aprova o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Acesso em 23 de outubro de 2019. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/99/portaria-2600-aprovao-regulamento-tecnico-do-sistema-nacional-detransplante-%5B99-251010-SES-MT%5D.pdf>

MONTEIRO, Ana Maria de Carvalho et al. Doação de órgãos: compreensão na perspectiva de adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online], v. 11, n. 4, p. 389-396, 2011.

MONTE, Aline Santos; MONTE, Alana Santos; LIMA, Larissa Rodrigues de Freitas; FREIRE, Valderlene dos Santos. Análise epidemiológica dos candidatos à doação de órgãos nos estados do Ceará, São Paulo e Acre. **Revista Fun Care Online.** 2019 jan/mar; 11(1):167-172.

MORAES, E. L. de et al . Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. spe2, p. 129-135, Dec. 2015 .

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

MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO Maria Cristina Komatsu Braga. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Latino-am Enfermagem** 2008 maio-junho; 16(3).

MORAIS, T.R; MORAIS, M.R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.633-639, out/dez.2012.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NÓBREGA, R.V; NÓBREGA, M.M.L; SILVA, K.L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v.64, n.3, p.501-510, 2011.

OLIVEIRA, Erlaine Ritti de; FERNANDES, Sabrina Cristina Cantarino. A vivência do enfermeiro no processo de doação de órgãos em morte encefálica: dificuldades e desafios. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, 2016; 8(3): 1960-1966

PESSOA, João Luis Erbs; SCHIRMER, Janine; ROZA, Bartira de Aguiar. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta Paulista de Enfermagem.** 2013; 26(4):323-30.

PESTANA, Aline Lima et. al. Pensamentos e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Revista escola de enfermagem USP** [online], v. 47, n. 1, p. 258-264, 2013.

PESTANA, Aline Lima; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 734-740.

PIMENTEL, Willian; SARSUR, Marcelo; DADALTO, Luciana. Autonomia na doação de órgãos post mortem no Brasil. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 530-536, Dec. 2018.

RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F. R. **Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1945-53, 2006.

ROSARIO, Elza Nascimento do et al. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 260-266, Setembro de 2013.

SANTOS, Antonia Thamara Ferreira dos; FIGUEIREDO, Amana da Silva; DOMINGOS, João Emanuel Pereira; SILVA, Nadilânia Oliveira da; TAMBORIL, Ana Carolina Ribeiro, VIANA, Maria Corina Amaral. Diagnósticos de Enfermagem em potencial doador de Órgãos e Tecidos e Pacientes Transplantados: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.13, N. 46, p. 816-834, 2019 - ISSN 1981-1179

SANTOS MJ. **A entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. 2010. [tese] [internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta paul. enfermagem**, v.24, n.4, p.472-8, 2011.

SILVA, Márcia Floro. **Doação de órgãos: sim e não**. Franca, 2010. 87f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Estadual Paulista “Dr. Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010.

SILVA, Maria Michelle Pereira et al. Utilização de nanopartículas no tratamento de feridas: revisão sistemática. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 51, e03272, 2017.

SILVA, Thyéli Rodrigues Brelaz da; NOGUEIRA, Maicon de Araújo; SÁ, Antonia Margareth Moita. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados com o potencial doador em morte encefálica. **Revista de Enfermagem UFPI**. 2016 Oct-Dec;5(4):24-30.

SOUZA, Bruna Soares de Jesus; LIRA, Gerlene Grudka; MOLA, Rachel. Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Vol. 16, núm. 2, março-abril, 2015, pp. 194 -200.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de; ARANTES, Evalda Cançado. In: STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de. (Orgs.). **A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

TELES, Samara Franco; Nogueira, Maicon de Araujo. O papel do enfermeiro na organização de procura de órgãos. **Recien. Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, 2015, 5, p. 19-29, nov. 2015.

VASCONCELOS, Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé, et al. Avaliação laboratorial de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Revista Rene, Artigo Original**. Natal RN. v. 15, n. 2, p. 273-81, 2014.

VICTORINO, João Paulo; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 25, n. 1, p. 138-147, Abril de 2017.

WESTPHAL, G. A. et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 220-255, set. 2016.

ANEXOS



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Gleicielli Rodrigues Alencar

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 04.09.2020

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **21,43%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet ⚠️

Suspeitas confirmadas: **16,51%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados ⚠️

Texto analisado: **92,12%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11
sexta-feira, 4 de setembro de 2020 12:40

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **GLEICIELLI RODRIGUES ALENCAR**, n. de matrícula **21119**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 21,43%. A análise foi realizada pela orientadora profª Kátia Regina Gomes Bruno, que, devido às falsas acusações de plágio, a porcentagem ficou além do limite permitido em decorrência da subjetividade do programa.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Assinado digitalmente por: Herta Maria de A?ucena do Nascimento Soeiro
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Localização: Ariquemes RO
O tempo: 04-09-2020 20:12:48

