

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSIELE PINHO GONZAGA DA SILVA

**PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL
EDUCATIVO PARA ORIENTAÇÃO DO ENFERMEIRO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSIELE PINHO GONZAGA DA SILVA

**PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL
EDUCATIVO PARA ORIENTAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Ms. Patrícia Madalena
Vieira Hermida**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL EDUCATIVO PARA ORIENTAÇÃO DO ENFERMEIRO** de autoria da aluna **ROSIELE PINHO GONZAGA DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Ms. Patrícia Madalena Vieira Hermida
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

À Deus por permitir que eu realizasse este curso de pós-graduação. Agradeço por estar presente em todos os momentos, pois sempre me deu força e coragem para não desistir nas situações mais difíceis e, também por capacitar-me a crescer em sabedoria.

Ao meu esposo que sempre me apoiou e incentivou para buscar os meus sonhos e a lutar pelos meus objetivos.

À instituição UFSC por ter oportunizado a realização deste curso de pós-graduação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
2.1 Aspectos legais da doação de órgãos e tecidos.....	03
2.2 Etapas do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.....	04
3 MÉTODO.....	09
3.1 Tipo de estudo.....	09
3.2 Local de aplicação do estudo.....	09
3.3 Sujeitos-alvo.....	09
3.4 Período de aplicação.....	09
3.5 Levantamento teórico.....	09
3.6 Elaboração do material educativo.....	10
3.7 Aspectos éticos.....	10
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	12
4.1 Estrutura e conteúdo do folder.....	12
4.2 Avaliação da proposta de elaboração do folder.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS	17
APÊNDICE.....	20

RESUMO

O processo de doação de órgãos é composto de diversas etapas, nas quais o enfermeiro se faz presente em sua totalidade. É pertinente o esclarecimento e a orientação do profissional sobre essas fases, bem como da sua responsabilidade em cada uma delas. Este estudo teve como objetivo elaborar um material educativo sobre as etapas do processo de doação de órgãos, para nortear as ações e tomada de decisão dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva e do Pronto Socorro de um hospital público do estado de Rondônia. Como uma Tecnologia de Educação, o estudo consiste no desenvolvimento de um projeto de intervenção na prática profissional, cujo produto foi a elaboração de um folder. A seleção de artigos científicos e de documentos oficiais acerca da temática permitiu uma revisão de literatura, sendo utilizadas as bases de dados: Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. O material educativo apresenta como conteúdo as etapas do processo de doação de órgãos: identificação e notificação do Potencial Doador; Comunicação à Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante; diagnóstico de morte encefálica; manutenção dos parâmetros hemodinâmicos; entrevista familiar; avaliação clínica e laboratorial e, transplante. Apesar de constituir-se uma iniciativa limitada para a qualificação dos enfermeiros no ambiente de trabalho em relação ao atendimento do doador de órgãos e seus familiares, acredita-se que o folder desenvolvido contribuirá, especialmente no nível institucional, para proporcionar ao enfermeiro maior segurança em relação a sua função em qualquer etapa do processo de doação de órgãos.

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, com a sucessão das técnicas científicas, o Brasil detém um dos maiores programas público de transplante de órgãos e tecidos do mundo, destacando-se pelo crescimento do número de transplantes a cada ano. Segundo dados divulgados pelo Registro Brasileiro de Transplante, nos três trimestres de 2013, a taxa de doadores efetivos cresceu 5,5% em relação a 2012 e a taxa de doadores efetivos com órgãos transplantados aumentou 3,3% (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2013).

No entanto, este crescimento não acompanha a grande demanda da fila de espera, o que representa apenas a expressão mais aparente do complexo processo que envolve a doação de órgãos e tecidos (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2012).

A discussão na sociedade brasileira sobre transplantes e doação de órgãos intensificou-se a partir do Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamentou a Lei n. 9.434, a qual dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos do corpo humano para transplante. Dessa maneira, formalmente organizado, o Sistema Nacional de Transplantes é responsável por desenvolver processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas (STANCIOLI et al., 2011).

O Ministério da Saúde implantou na década de 1990, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Em 2005 as Comissões Intra-Hospitalares de Transplante foram regulamentadas para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e de manutenção do potencial de doação de órgãos e tecidos, sendo denominadas de Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) (SCHIRMER et al., 2006).

As CIHDOTT têm como principal escopo articular-se com a CNCDO do estado e com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica, além de zelar pela manutenção de potenciais doadores, elaborar rotinas e protocolos, realizar a entrevista familiar sobre o consentimento da doação e, ainda, evitar dúvida sobre quaisquer etapas desse evento (BRASIL, 2006).

Nesse panorama, o enfermeiro exerce atividade singular, sendo considerado profissional imprescindível na continuidade do processo de doação de órgãos. Está envolvido desde a busca ativa aos potenciais doadores até a efetivação do transplante e cuidados pós-

operatórios, atua promovendo melhores condições para o desenvolvimento de todas as etapas desse processo (SODRÉ; SILVA; COSTA, 2012).

Destaca-se que, desde 1997, o enfermeiro está legalmente inserido no processo de captação de órgãos como membro ativo da equipe, conforme a Resolução n. 1.480, do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997). Posteriormente, em 2004, o Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução n. 292/2004 regulamenta a atuação do enfermeiro na captação, bem como no transplante de órgãos e tecidos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004). No entanto, quando este profissional desconhece o processo de doação-transplante e a execução correta de suas etapas, impossibilita que a obtenção dos órgãos e tecidos seja realizada de uma forma segura e com qualidade. Assim, a falta de conhecimento do processo contribui para recusa da doação dos órgãos por parte dos familiares e com o manejo inadequado do potencial doador nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Prontos Socorros (PS).

Neste contexto, o presente estudo ganha relevância social, uma vez que o processo de doação-transplante é composto de diversas etapas, nas quais a enfermagem se faz presente em sua totalidade. O Enfermeiro é responsável por identificar o potencial doador e transmitir as informações para a Central de Notificação, momento no qual se inicia o processo.

Este estudo justifica-se pela carência de metodologias de educação voltadas para o processo de doação-transplante, observada particularmente em uma instituição hospitalar pública do Estado de Rondônia. Observa-se que é pertinente o esclarecimento e a orientação de como se dá cada fase do processo de doação, bem como sobre a responsabilidade dos profissionais de enfermagem durante o processo. Nesse sentido, este trabalho contribuirá ao apresentar uma proposta de orientação aos enfermeiros sobre todos os critérios inerentes à identificação de potenciais doadores e a comunicação com as equipes de transplantes e as famílias dos doadores.

Portanto, este trabalho objetiva elaborar um material educativo sobre as etapas do processo de doação de órgãos para nortear as ações e a tomada de decisão dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva e do Pronto Socorro de um Hospital Público do estado de Rondônia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos legais da doação de órgãos e tecidos

Com a emergência do serviço de transplante no Brasil surgiu a necessidade de regulamentar esta atividade e de criar uma coordenação nacional e um sistema de transplante, definindo critérios claros, tecnicamente corretos e socialmente aceitáveis da doação, captação e implantação do órgão doado. Assim, atualmente, o Brasil conta com diversos instrumentos legais (leis, decretos e portarias), os quais devem ser conhecidos e cumpridos, integralmente, por todos os profissionais envolvidos nesse processo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2003).

Na década de 1990, mais especificamente em 1992, foi sancionada a Lei nº 8.489, regulamentando os transplantes no Brasil. No entanto, esta lei não estabeleceu os critérios para diagnóstico de morte encefálica, cadastro técnico de equipes, hospitais transplantadores e pacientes receptores, oportunizando o surgimento de discussões e pesquisas envolvendo o tema (BRASIL, 1992).

Posteriormente em 1997, o Decreto nº 2.268 regulamentou a Lei n. 9.434, a qual criou o Sistema Nacional de Transplante e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), responsáveis pela infraestrutura da notificação de casos de morte encefálica, captação e distribuição de órgãos. Desde então, condições legais para a realização dos transplantes, anteriormente caracterizados pela discrepância de acesso, nas esferas socioeconômicas, foram oportunizadas (ROZA et al., 2009). Destaca-se que esta lei implantou o consentimento presumido:

Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei, presume-se autorizada a doação de tecidos e órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica *'post mortem'* (BRASIL, 1997a, p.11).

Esta lei teve como estratégia que todo o indivíduo é doador de órgãos, por definição. Essa Lei obrigou os indivíduos a expressarem em documentos de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação sua opção de ser ou não doador, tal condição podia ser alterada a qualquer momento.

No entanto, a Medida Provisória nº 1.718, em 6 de outubro de 1998, a qual exige o consentimento familiar, revogou o consentimento presumido, mas mantendo a negativa de doação em documento de identidade (HANSEL, 2002).

Em 2001, a Lei Nº 10.211 alterou dispositivos da Lei Nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. A nova lei restabeleceu a obrigatoriedade de consulta à família para a autorização da doação e retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, bem como apresentou critérios melhor definidos para a efetivação dos transplantes como segue, respectivamente:

Art.4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001, p.23).

Art. 2º A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.23).

A Lei nº 9.434/97 destacou que a especificação do critério de morte encefálica seria apresentada por Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim, a Resolução CFM nº 1.480/97 considerou que a parada total e irreversível das funções encefálicas de causa conhecida equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial (STANCIOLI et al., 2011).

Por determinação da Portaria GM/MS nº 905/2000 foi criada as Comissões Intra-hospitalares de Transplantes, as quais em 2005 foram novamente regulamentadas a fim de determinar que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos constituam a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Essa Portaria também estabelece as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e de manutenção do potencial de doação de órgãos e tecidos, passando a ser denominadas de Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) (SCHIRMER et al., 2006).

2.2 Etapas do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos

O sucesso do transplante de órgãos e tecidos, doador falecido, dependerá do processo de doação-transplante, o qual se divide em etapas interdependente, iniciando com a identificação e notificação do Potencial Doador (PD), seguido pela avaliação, manutenção dos parâmetros hemodinâmicos, confirmação do diagnóstico de ME, entrevista familiar, documentação de ME, aspectos logísticos, remoção e distribuição de órgãos e tecidos, transplante e acompanhamento de resultados (FREIRE et al., 2012).

Neste sentido, o primeiro e o mais importante de todos os passos no complexo processo de doação-transplante é a identificação dos potenciais doadores de órgãos e tecidos, etapa, sem a qual, as demais ficarão inviáveis. Portanto, deve ser aberto protocolo para todos os pacientes com suspeita de ME, independentemente da possibilidade de doação ou não de órgãos e/ou tecidos (SODRÉ; SILVA; COSTA, 2012).

Segundo a Portaria nº 1752, de 23 de setembro de 2005, a CIHDOTT deve tomar ciência e promover o registro de todos os casos de possíveis doadores de órgãos e tecidos com diagnóstico de morte encefálica e/ou de parada cardiorrespiratória, mesmo que a doação não seja efetivada.

Posteriormente à identificação de um potencial doador, segundo a Lei 9.434/97, é obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde, notificar às CNCDO da Unidade Federada onde for realizado o diagnóstico de morte encefálica, em pacientes por eles atendidos. Esses estabelecimentos são denominados de notificantes, local onde existe a possibilidade de ser encontrado um potencial doador (OPO-HCFMUSP, s/d).

Após a notificação uma série de ações deve ser instituída visando à manutenção efetiva do potencial doador com o objetivo de preservar a qualidade de seus órgãos para transplante, além de evitar a parada cardíaca do mesmo. Um paciente gravíssimo necessita de cuidados intensivos. Assim, o conhecimento das alterações fisiológicas que acometem os diversos órgãos e sistemas do paciente em morte encefálica, pelos profissionais que trabalham com doação de órgãos e tecidos, é um dos elementos relacionado à melhoria da sobrevida do receptor e qualidade do enxerto transplantado (OPO-HCFMUSP, s/d).

De modo complementar, pontua-se que é imprescindível que a equipe de enfermagem que trabalha nos setores que recebem esses pacientes, conheça as alterações fisiológicas decorrentes da ME para que, junto com a equipe médica, possa identificar precocemente um paciente com critérios clínicos de ME, realizar um diagnóstico seguro e conduzir, de maneira adequada, o manuseio do PD (FREIRE et al., 2012).

Para constatação de Morte Encefálica, inicialmente, é necessário que o paciente tenha identificação e registro hospitalar, a causa do coma seja estabelecida e conhecida, que

esteja hipotérmico, sem hipotensão arterial e não esteja usando drogas depressoras do Sistema Nervoso Central. Seguida dessas certificações, o paciente deve ser submetido a dois exames neurológico que avaliem a integridade do tronco cerebral. Estes exames são realizados por dois médicos que não participam das equipes de captação e transplante, havendo um intervalo de tempo entre um exame e outro, o qual é definido em relação à idade do paciente, conforme a Resolução CFM 1480/97 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

O Conselho Federal de Medicina considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, e para sua legalidade perante os critérios para constatação e variabilidade de faixa etária, adota os seguintes princípios em pessoas com mais de dois anos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997, p.1):

clínicos: coma aperceptivo com arreatividade inespecífica, dolorosa e vegetativa, de causa definida. Ausência de reflexos corneano, oculoencefálico, oculovestibular e do vômito. Positividade do teste de apnéia. Excluem-se dos critérios acima os casos de intoxicação metabólica, intoxicações por drogas ou hipotermia;
complementares: ausência das atividades bioelétrica ou metabólica cerebrais ou da perfusão encefálica;
período de observação desse estado clínico deverá ser de, no mínimo, 6 horas.

O médico intensivista acompanhado do enfermeiro inicia o protocolo para o diagnóstico médico de morte encefálica com os exames clínicos descritos anteriormente. Após a confirmação, deve ser feito o registro em impresso próprio, que é padronizado para todo o território nacional (Termo de Declaração de Morte Encefálica), conforme modelo estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) descrevendo os elementos do exame neurológico que demonstram ausência de reflexos do tronco cerebral, bem como os relatórios, exames complementares evidenciando a ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Na etapa de avaliação diversos procedimentos visam atender normas de segurança para o receptor. Os procedimentos incluem a análise detalhada do prontuário médico, realização do exame físico e exames sorológicos de triagem, tais como: Tipagem sanguínea (Grupo ABO), Sorologias (Anti-HIV, HTLV 1 e 2, HBsAG, Anti-HBc, Anti-HBs, Anti-HCV), CMV, Chagas, toxoplasmose, lues, Hematologia (Hemograma, plaquetas), Eletrólitos Na, K. Para o doador de pulmão são incluídos: Gasometria arterial, RX de tórax e medida da circunferência Torácica. Se é doador de coração são acrescentados CPK, CKmb, ECG e

cateterismo. Aos doadores de rim estão incluídos uréia, creatinina e urina tipo I. Há ainda os doadores de fígado, para os quais são solicitados TGO, TGP, GAMA GT, Bilirrubinas e, para os doadores de pâncreas com os exames de amilase e glicemia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

Os critérios de inclusão de doadores de órgãos têm sido ampliados pela sua escassez, sendo aceitos doadores considerados como “límitrofes”. As contraindicações absolutas são de responsabilidade do coordenador hospitalar ou da Organização de Procura de Órgãos (OPO) ou CNCDO, enquanto a decisão sobre a utilização de determinado órgão ou tecido pertence à equipe de transplante. Consideram-se contraindicações absolutas para doação, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2009): tumores malignos, com exceção dos carcinomas basocelulares da pele, carcinoma in situ do colo uterino e tumores primitivos do sistema nervoso central; sorologia positiva para HIV ou para HTLV I e II; sepse ativa e não controlada e, tuberculose em atividade.

Depois de cuidadosa avaliação clínica e laboratorial do paciente em morte encefálica e não se identificando contraindicações que representem riscos aos receptores, tem-se um potencial doador (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009). A manutenção dos pacientes em ME segue como uma fase singular visando à viabilidade dos órgãos para transplantes.

O enfermeiro atuante nas UTIs e Prontos Socorros é responsável por realizar, durante o período de manutenção, o controle e registro de todos os parâmetros hemodinâmicos do potencial doador. No entanto, é necessário conhecimento científico acerca das repercussões fisiopatológicas inerentes à ME e dos cuidados necessários para garantir as melhores condições funcionais possíveis dos órgãos e tecidos a serem retirados e transplantados (FREIRE et al., 2012).

É primordial que os profissionais compreendam que o potencial doador deverá ser conduzido e manuseado com o mesmo empenho e dedicação que qualquer outro paciente da UTI ou PS (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2012). Prestar assistência ao paciente em ME é cuidar de uma pessoa que não tem prognóstico de vida, porém esse cuidado possibilita salvar outras vidas. A doação de órgãos é trazida como uma possibilidade do doador permanecer vivo, mesmo que em outra pessoa (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013).

Somente após confirmado o diagnóstico de morte encefálica, a família é orientada sobre o processo de doação de órgãos e tecidos. Segundo alguns autores a entrevista familiar é uma das etapas de maior complexidade nesse processo, uma vez que envolve aspectos éticos, legais e emocionais, além de ocorrer minutos ou horas após a comunicação da morte

encefálica, significando para os familiares a impotência, a morte e a separação do potencial doador (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012).

Para Santos e Massarollo (2005) a entrevista familiar é considerada como uma reunião entre os familiares do potencial doador e um ou mais profissionais da equipe de captação, ou outro profissional treinado, a fim de obter o consentimento à doação.

A família pode dar um parecer de imediato, requerer um tempo para pensar ou consultar outras pessoas do convívio do doador. Quando a família é contrária à doação, os motivos de recusa são apresentados ao profissional da Organização de Procura de Órgãos - OPO e o caso é encerrado junto a CNCDO (OPO-HCFMUSP, s/d).

Quando a família autoriza a doação, a equipe responsável pelo processo entra em contato com a CNCDO informando os órgãos e tecidos doados, sua condição clínica laboratorial e horário previsto para o início do procedimento de retirada. A CNCDO promove a distribuição dos órgãos e tecidos doados e identifica as equipes correspondentes para a retirada (OPO-HCFMUSP, s/d).

Os receptores são cadastrados na Lista Única de Receptores do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde. No momento em que uma OPO informa a efetividade de um doador, a Central de Transplante emite uma lista de receptores. Após a realização do teste de compatibilidade imunológica, os laboratórios enviam a lista com os receptores compatíveis para essa Central. Uma vez com a lista definitiva de receptores a Central informa a equipe de transplante sobre o doador.

Os critérios de alocação dos órgãos e tecidos devem ser conhecidos e cumpridos por todos os profissionais envolvidos no processo e devem ser norteados pelos princípios legais e bioéticos definidos pela lei nº 9.434/97, regulamentada pelo decreto nº 2.268/97 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

Após a Extração de Órgãos e Tecidos, as equipes de retirada dirigem-se para seus hospitais de origem para realizarem a transplantação. O corpo do doador é entregue à família, devidamente recomposto (Lei nº 9.434/97). O profissional da OPO ou CIHDOTT deve possibilitar todas as orientações necessárias sobre a liberação do corpo do falecido nos serviços de Liberação Policial, Instituto Médico Legal (morte violenta) e Serviço de Verificação de Óbito (óbito de causa bem definida) (OPO-HCFMUSP, s/d).

Segundo a Resolução COFEN n. 292 de 7 de junho de 2004, é responsabilidade do enfermeiro a aplicação da assistência de enfermagem em todo o processo de doação de órgãos e tecidos, devendo documentar, registrar e arquivar o processo de doação/ transplante no prontuário do doador e receptor (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como uma Tecnologia de Educação. Segundo REIBNITZ et al. (2013) este tipo de tecnologia consiste na elaboração de um projeto de intervenção na prática profissional no qual o produto final é um recurso tecnológico ou material educativo que se mostra útil para o grupo de sujeitos envolvidos.

3.2 Local de aplicação do estudo

O campo de ação deste estudo é o Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, de Porto Velho – Rondônia, com perfil de atendimento em várias especialidades, principalmente às vítimas de acidente. É o único Pronto Socorro estadual, com atendimento exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital possui 190 leitos, sendo que destes, 11 são da UTI Central que atende traumatologia, clínica médica, ortopedia e neurocirurgia.

3.3 Sujeitos-alvo

A proposta deste estudo é voltada para os enfermeiros atuantes na UTI de adultos e PS de uma instituição hospitalar de emergência, pela relevância do papel destes profissionais no processo de doação de órgãos.

3.4 Período de aplicação

O material educativo elaborado, produto deste estudo, será distribuído para os enfermeiros logo após a apresentação final desta tecnologia de educação à banca avaliadora.

3.5 Levantamento teórico

Inicialmente realizou-se uma revisão de literatura a partir da seleção de artigos científicos publicados acerca da temática processo de doação-transplante de órgão e

enfermagem. As bases de dados utilizadas para rastreamento dos artigos foram: Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. A busca ocorreu nos meses de dezembro de 2013 a janeiro de 2014 e incluiu os artigos e documentos oficiais publicados nos anos de 1992 a 2013. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: Morte Encefálica; Doação de Órgãos e, Enfermagem. O levantamento bibliográfico realizado permitiu que fossem utilizados neste estudo um total de 19 publicações.

3.6 Elaboração do material educativo

Essa etapa refere-se à elaboração de um material educativo no formato de folder, cujo conteúdo sobre o processo de doação de órgãos está embasado na literatura revisada para este estudo. Optou-se pelo folder devido seu custo não ser tão elevado, uma vez que esta proposta será viabilizada apenas com recursos pessoais da autora.

Destaca-se que a revisão de literatura foi realizada para garantir a fundamentação científica, pois isto é condição primordial para preservar a segurança do leitor e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo (ECHER, 2005).

O conteúdo do material educativo foi elaborado com base na necessidade de compreensão das etapas do processo de doação de órgãos na instituição hospitalar onde esta tecnologia será aplicada.

Também foi considerada a necessidade de incluir algumas ilustrações no material, com o objetivo de otimizar o entendimento. Definiu-se que serão incluídas imagens já criadas. A busca dessas ilustrações foi realizada mediante consulta em livros-texto e em páginas eletrônicas da internet.

Houve a necessidade de reduzir as informações que seriam inseridas no material educativo, uma vez que a inclusão de todo conteúdo era incompatível com o formato de folder. Dessa maneira, foram priorizadas às informações objetivas referentes às etapas do processo de doação de órgãos.

A fase final de elaboração do material educativo foi realizada por um profissional especializado que desenvolveu o trabalho de design e a transformação do documento para um formato passível de impressão.

3.7 Aspectos éticos

Para a realização do estudo, foram seguidas as orientações nacionais de preservação dos direitos de autoria, em respeito às normas éticas em pesquisa.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas em relação à tecnologia produzida, dispensando assim Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Este estudo apresenta como produto um material educativo que foi elaborado no formato de folder (Apêndice 1) e que trata do papel do enfermeiro atuante na UTI e PS no processo de doação de órgãos. O ponto forte do material é que ele sintetiza um resultado criativo que pretende ser uma solução simples para as necessidades apresentadas no cotidiano do trabalho do enfermeiro (REIBNITZ et al., 2013).

4.1 Estrutura e conteúdo do folder

O material educativo (folder) possui as dimensões 280x180mm, impresso em papel couché. A impressão é colorida, disposta na frente e no verso do papel.

Em relação ao conteúdo, o folder faz inicialmente, na sua parte anterior (frente), uma apresentação aos sujeitos-alvo: “Enfermeiros, o sucesso do transplante de órgãos e tecidos, doador falecido, dependerá das etapas do processo de doação, nas quais os profissionais de UTI e Unidades de emergência devem atuar efetivamente”, em seguida são citadas as Resoluções COFEN nº 200/97 e nº 292/2004, que versam, respectivamente, sobre a atuação dos Profissionais de Enfermagem em Transplantes e a normatização da atuação do enfermeiro na viabilização do doador e sistematização dos cuidados ao receptor.

Na parte interna do folder, são apresentadas em tópicos e de forma objetiva, as etapas do processo de doação de órgãos, como segue:

a) Identificação do possível doador

Esse é o primeiro e mais importante passo no complexo processo de doação-transplante, etapa sem a qual as demais se tornam inviáveis.

É nas Unidades de Terapia Intensiva e nos Prontos Socorros que estão os pacientes com lesão ou dano cerebral grave, e que podem evoluir para a Morte Encefálica (ME), transformando-os em potenciais doadores de órgãos. Nesse caso, tem-se morte constatada, com coração batendo e órgãos viáveis para serem transplantados.

b) Comunicação à Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT)

O enfermeiro da Unidade hospitalar deve notificar a CIHDOTT todos os casos suspeitos de diagnóstico de ME (Lei 9.434/97).

c) O diagnóstico de Morte Encefálica (ME)

O paciente em ME é definido como aquele que apresenta parada total e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mas que mantém, temporária e artificialmente, a função cardiorrespiratória. A ME é determinada por dois exames clínico-neurológicos e um exame gráfico complementar, a partir da ausência evidente de reflexos do tronco cerebral em um paciente em coma, excluída qualquer causa reversível do mesmo, respeitando-se a Resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina. Ao realizar a 1ª avaliação clínica a família deve ser orientada quando à abertura do protocolo de ME.

Quando não há contraindicações o paciente é considerado um potencial doador de órgãos e poderá se tornar um doador efetivo. Essa transformação de potencial doador para doador efetivo geralmente ocorre na UTI ou nos Serviços de Emergência, o que requer equipe multiprofissional qualificada para abordar a situação nas suas dimensões técnico-científica e humanística, inerentes aos cuidados de enfermagem.

d) Manutenção do potencial doador

Após a notificação de ME uma série de ações deve ser instituída para a manutenção efetiva do potencial doador, preservando a qualidade de seus órgãos para transplante e evitando a parada cardíaca.

O conhecimento das alterações fisiológicas nos diversos órgãos e sistemas do paciente em ME é um dos fatores relacionados à melhor sobrevida do receptor e qualidade do enxerto transplantado.

O enfermeiro da UTI e Pronto Socorro é responsável por realizar durante o período de manutenção, o controle e registro de todos os parâmetros hemodinâmicos do potencial doador, especialmente balanço hídrico e controle da temperatura. Também deve estar atento à assistência realizada pelos técnicos de enfermagem e orientar a equipe quanto aos cuidados adequados para manutenção desse paciente.

Nesta parte do folder é apresentado um lembrete aos profissionais enfermeiros de que o potencial doador é, por definição, um paciente grave e que necessita de cuidados intensivos.

e) Entrevista familiar

Depois de confirmado o diagnóstico de ME família é acompanhada pela CIHDOTT para fazer acolhimento, orientação sobre essa modalidade de morte com coração batendo e a possibilidade da doação dos órgãos. Destaca-se que o enfermeiro da Unidade pode acompanhar tal etapa.

A legislação brasileira só permite solicitar órgãos de pessoas mortas, portanto é imprescindível a conclusão do diagnóstico de ME antes da solicitação familiar.

f) Avaliação clínica e laboratorial

Nesta etapa diversos procedimentos visam atender normas de segurança para o receptor, incluindo a análise detalhada do prontuário médico, exame físico e exames sorológicos de triagem.

Depois de cuidadosa avaliação clínica e laboratorial do paciente em ME, não se identificando contraindicações absolutas que representem riscos aos receptores, tem-se um potencial doador.

g) Transplante de órgãos e tecidos

Autorizada a doação, a equipe responsável pelo processo entra em contato com a Central de transplante notificando a doação, condição clínica laboratorial e horário previsto para o início do procedimento de retirada. A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) promove a distribuição dos órgãos via sistema informatizado e informa as equipes transplantadoras.

Na parte posterior do folder (verso) é apresentado um fluxograma com todas as etapas do processo de doação de órgãos e tecidos, o qual visa facilitar a compreensão do enfermeiro acerca do processo como um todo, de forma rápida e simples, a partir de uma representação esquemática desse processo.

4.2 Avaliação da proposta de elaboração do folder

Torna-se difícil a avaliação deste material educativo, uma vez que ainda não foi distribuído aos profissionais enfermeiros. Entretanto, ressalto a importância desta experiência de elaboração do material pelos ganhos pessoais e profissionais que ela me trouxe, além das contribuições que a mesma poderá revelar na qualificação do trabalho dos profissionais e na assistência prestada aos usuários do SUS no que tange à doação de órgãos.

Salienta-se que este material foi produzido baseado na literatura científica e em documentos oficiais sobre o tema, no entanto, acredita-se que poderá dificuldades e limitações na implementação do seu conteúdo no contexto da prática profissional do enfermeiro, devido uma série de fatores dentre os quais cita-se: aspectos burocráticos, logísticos, pessoais, empenho profissional e infraestrutura da instituição hospitalar em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de sistematização do conteúdo para a elaboração do folder possibilitou uma revisão e atualização da temática. As etapas descritas foram pautadas nas diretrizes sobre doação de órgãos e nas Resoluções dos Conselhos Federal de Enfermagem e de Medicina.

Foi possível perceber neste estudo os desafios de lidar com a comunicação em saúde, a fim de tornar o folder efetivo, ou seja, de que seja compreendido e faça sentido para os Enfermeiros. Reitera-se a importância do cuidado em garantir uma comunicação eficaz na elaboração do material, tendo em vista a ampla recomendação de promover programas de educação continuada de todos os profissionais para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.

Procurou-se evidenciar a importância do enfermeiro nesse segmento do cuidar e a relevância do seu trabalho, sem o qual as etapas do processo, desde a identificação do possível doador, ficam prejudicadas.

A elaboração desse folder constitui uma iniciativa limitada, pois ainda é necessário investimento em estratégias e políticas de educação permanente que visem a qualificação dos enfermeiros em seu ambiente de trabalho para o atendimento otimizado ao doador e seus familiares, possibilitando, assim, o aumento da oferta de potenciais doadores. Entretanto, acredita-se que o folder desenvolvido neste estudo contribuirá, especialmente no nível institucional, para proporcionar ao enfermeiro maior segurança em relação a sua função em qualquer etapa do processo de doação de órgãos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. O Processo de Doação – Transplante. In: **REUNIÃO DE DIRETRIZES BÁSICAS PARA CAPTAÇÃO E RETIRADA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS TECIDOS DA ABTO**, 2003, São Paulo. Campos do Jordão, 2003. Disponível em: <<http://www.abto/rbt.org.br>>. Acesso em: 14 dezembro 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro brasileiro de transplantes**. Ano XIX, n. 1, 2013. Disponível em: <www.abto.org.br/abtov03/.../RBT/2013/rbt20131tr-parcial.pdf>. Acesso em: 27 janeiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Portaria nº 1752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra- Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 mar. 2001. Seção Extra, p. 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 fev. 1997a. Seção 1, p. 2191.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e da outras providencias. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1 jul. 1997b. Seção 1, p. 13739.

BRASIL. Lei n. 8.489 de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outra providencias. In: **Código Civil Brasileiro**. São Paulo, Saraiva: 991-2.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.480 de 08 de agosto de 1997. Dispõe sobre Critérios de Morte Encefálica. Brasília, 08 de agosto de 1997. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/res1480.htm>>. Acesso em: 13 dezembro 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 292/2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro, 07 de junho de 2004. Disponível em: < <http://novo.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 27 janeiro 2014.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.5, p. 754-7, set./out. 2005.

FREIRE, I.L.S.; MENDONÇA, A.E.O.; PONTES, V.O.; VASCONCELOS, Q.L.D.A.Q.; TORRES, G.V. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.14, n.4, p. 903-12, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a19.htm>>. Acesso em: 27 janeiro 2014.

LIMA, C.S.P; BATISTA, A.C.O, BARBOSA, S.F.F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.15, n.3, p.780-9, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17497>>. Acesso em: 27 janeiro 2014.

NIESTCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória-possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí (RS): Unijuí, 2000.

PRADO, M.L.; BACKES, V.M.S.; REIBNITZ, K.S.; CARTANA, M.H.F.; ABE, K.L.; ROCHA, P.K.; CANEVER, B.P. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul./set. 2009.

REIBNITZ, K.S.; AMANTE, L.N.; RAMOS, F.R.S.; BACKES, V.M.S. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem**: desenvolvimento do processo de cuidar. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 49p.

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO; M.C.K.B.; MORAES, E.L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.5, p.788-94, 2012.

SANTOS, S.S.; SILVA, D.C.G.; FERREIRA, E.B. Procedimento operacional padrão (POP) para assistência de enfermagem à manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v.15, n.1, p.1620-1650, jan/mar. 2012.

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 382-387, mai./jun. 2005.

SCHIRMER, J.; LEITE, R.F.; KIAN, F.M.; LEMOS, M.C.; CARRARA, F.S.A.; SILVA, A.S.; FUJINAMI, T.I.; ROZA, B.A. Legislação sobre doação de órgãos e tecidos: o que pensam os profissionais de UTI? **Jornal Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v.9, n.1, p. 469-73, jan./mar. 2006.

SODRÉ, A.C.B. M; SILVA, D.S.S.; COSTA, M.C.O. Percepção do enfermeiro intensivista quanto ao processo doação-transplante. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v.14, n.1, p.1620-1650, jan./mar. 2012.

STANCIOLI, B.; CARVALHO, N.P.; RIBEIRO, D.M.; LARA, M.A. O sistema nacional de transplantes: saúde e autonomia em discussão. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.11, n.3, p.123-154, nov. 2010/fev. 2011.

APÊNDICE

Processo de Doação - Transparente

Contatos:
Central de transplante:
(69) 3216 - 5747
CNDPO - 8140-6642

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Urgência e Emergência

Enfermeira esp.: Rosiele Pinho Gonzaga
Orientadora: Patrícia Madalena V. Hermida

Processo de Doação de Órgãos Você é Fundamental

ENFERMEIROS, ABRAÇE ESSA CAUSA.

O sucesso do transplante de órgãos e tecidos, doador falecido, dependerá das etapas do processo de doação, nas quais os profissionais de UTI e Unidades de emergência devem atuar efetivamente.

IMPORTANTE:
As Resoluções COFEN nº 200/97 e nº 292/2004 versam, respectivamente, sobre a atuação dos Profissionais de Enfermagem em Transplantes e a normatização da atuação do enfermeiro na viabilização do doador e sistematização dos cuidados ao receptor.

ETAPAS DO PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE

- 1. IDENTIFICAÇÃO DO POSSÍVEL DOADOR**
O primeiro e mais importante passo no complexo processo de doação-transplante, etapa sem a qual as demais se tornam inviáveis. É nas Unidades de Terapia Intensiva e nos Pronto Socorros que estão os pacientes com lesão ou dano cerebral grave, e que podem evoluir para a Morte Encefálica (ME), transformando-os em potenciais doadores de órgãos. Nesse caso, tem-se morte constatada, com coração batendo e órgãos viáveis para serem transplantados.
- 2. COMUNICAÇÃO À COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)**
O enfermeiro da Unidade hospitalar deve notificar à CIHDOTT todos os casos suspeitos de diagnóstico de ME (Lei 9.434/97).
- 3. O DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA (ME)**
O paciente em ME é definido como aquele que apresenta parada total e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mas que mantém, temporária e artificialmente, a função cardiorrespiratória. A ME é determinada por dois exames clínicos neurológicos e um exame gráfico complementar, a partir da ausência evidente de reflexos do tronco cerebral em um paciente em coma, excluída qualquer causa reversível do mesmo, respeitando-se a Resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina. **Ao realizar a 1ª avaliação clínica a família deve ser orientada quando à abertura do protocolo de ME.**
Quando não há contraindicações o paciente é considerado um potencial doador de órgãos e poderá se tornar um doador efetivo. Essa transformação de potencial doador para doador efetivo geralmente ocorre na UTI ou nos Serviços de Emergência, o que requer equipe multiprofissional qualificada para abordar a situação nas suas dimensões técnico-científica e humanística, inerentes aos cuidados de enfermagem.
- 4. MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR (PD)**
Após a notificação de ME uma série de ações deve ser instituída para a manutenção efetiva do potencial doador, preservando a qualidade de seus órgãos para transplante e evitando a parada cardíaca.
O conhecimento das alterações fisiológicas nos diversos órgãos e sistemas do paciente em ME é um dos fatores relacionados à melhor sobrevida do receptor e qualidade do enxerto transplantado.
O enfermeiro da UTI e Pronto Socorro é responsável por realizar durante o período de manutenção, o controle e registro de todos os parâmetros hemodinâmicos do potencial doador: Realizar gasometria arterial, atentar para o controle da temperatura (+34°C), Realizar balanço hídrico, programar coletas de amostras para exames. Também deve estar atento à assistência realizada pelos técnicos de enfermagem e orientar a equipe quanto aos cuidados adequados para manutenção desse paciente.
- 5. ENTREVISTA FAMILIAR**
Depois de confirmado o diagnóstico de ME, a família é acompanhada pela CIHDOTT para fazer acolhimento, orientação sobre essa modalidade de morte sem coração batendo e a possibilidade da doação dos órgãos. Destaca-se que o enfermeiro da Unidade pode acompanhar tal etapa.
A legislação brasileira só permite solicitar órgãos de pessoas mortas, portanto é imprescindível a conclusão do diagnóstico de ME antes da solicitação familiar.
- 6. AVALIAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL**
Nesta etapa diversos procedimentos visam atender normas de segurança para o receptor, incluindo a análise detalhada do prontuário médico, exame físico e exames sorológicos de triagem.
Depois de cuidadosa avaliação clínica e laboratorial do paciente em ME, não se identificando contraindicações absolutas que representem riscos aos receptores, **tem-se um potencial doador.**
- 7. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS**
Autorizada a doação, a equipe responsável pelo processo entra em contato com a Central de transplante notificando a doação, a condição clínica laboratorial e o horário previsto para o início do procedimento de retirada.
A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) promove a distribuição dos órgãos via sistema informatizado
A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) promove a distribuição dos órgãos via sistema informatizado e informa as equipes transplantadoras.

LEMBRE-SE:
O PD É, POR DEFINIÇÃO, UM PACIENTE GRAVE E QUE NECESSITA DE CUIDADOS INTENSIVOS.