

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
EIXO TEMÁTICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

NADJA MIRANDA DE FREITAS

**SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM UM HOSPITAL
DE URGÊNCIA**

**TERESINA (PI)
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
EIXO TEMÁTICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

NADJA MIRANDA DE FREITAS

**SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM UM HOSPITAL
DE URGÊNCIA**

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: Dra. Lúcia Amante

TERESINA (PI)
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **SISTEMATIZAÇÃO O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA** de autoria da aluna **NADJA MIRANDA D FREITAS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Lucia Nazareth Amante
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante
Coordenadora de Monografia

RESUMO

A carência de doadores de órgãos é ainda um grande obstáculo para a efetivação de transplantes no Brasil. Essa dificuldade se dá por problemas culturais e médico-legais associados ao reconhecimento tardio e a abordagem inadequada do doador potencial de órgãos. O objetivo deste projeto de intervenção foi o de elaborar um guia para sistematizar o Processo de Doação de Órgãos para a Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital de Urgência de Teresina-PI a ser seguido como rotina no trabalho dos profissionais do setor. A sistematização aborda de forma sequencial o passo a passo do processo de doação de órgãos a ser implementado pelos profissionais da Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, desde a identificação do potencial doador em Glasgow 3 até a entrega do corpo à família do doador de órgãos. As evidências em relação à aplicabilidade e benefícios de um protocolo que vise garantir uma sistematização da assistência ao paciente potencial doador de órgãos é consenso entre os autores referenciados nesse estudo. Neste sentido, toda a equipe da Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve direcionar esforços para que esse protocolo seja implantado visando, sobretudo, a qualidade da assistência prestada ao potencial doador de órgãos e à sua família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 A aceitação da família na doação de órgãos e tecidos para transplantes	13
3.2 A recusa familiar na doação de órgãos e tecidos para transplantes	14
4. METODOLOGIA	18
5. RESULTADOS	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1. INTRODUÇÃO

A partir do início da década de 1980, o transplante de órgãos deixou de ter caráter experimental e passou a ser importante opção terapêutica para pacientes portadores de doenças crônicas e terminais, nas quais o tratamento convencional não foi eficaz. Em resposta a essas novas opções terapêuticas, foram elaboradas políticas de saúde pública voltadas ao Programa Nacional de Transplantes no Brasil, com vistas a atender a população que necessita de reposição de determinados órgãos e/ou tecidos para garantir sua sobrevivência (KNOBEL, 2006) A regulamentação destas novas atividades tem como marco a Lei nº 9.434/97 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos, para fins de transplantes e tratamento, estabelecendo que todo paciente com morte encefálica seja um potencial doador de órgãos e tecidos (BRASIL, 1997)

A carência de doadores de órgãos é ainda um grande obstáculo para a efetivação de transplantes no Brasil. Essa dificuldade se dá por problemas culturais e médico-legais associados ao reconhecimento tardio e a abordagem inadequada do doador potencial de órgãos. A falha no reconhecimento ou o reconhecimento tardio do portador de morte encefálica pode levar a perda de órgãos devido à parada cardiorrespiratória inesperada, instabilidade hemodinâmica ou infecção, dificultando as chances de sobrevivência daqueles que dependem desta terapêutica. É possível afirmar que o desenvolvimento das atividades de captação e transplantes de órgãos e tecidos depende do desempenho na identificação do potencial doador, da forma empregada na entrevista familiar e da organização dos serviços de saúde local.

Considerando a necessidade de garantir o acesso à população a este recurso terapêutico foi necessário ampliar a captação de órgãos e tecidos para fins de transplante. Em 2005, o Ministério da Saúde através da Portaria 1.752, determinou 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. (BRASIL, 2005) Esta portaria foi regulamentada por outra Portaria Ministerial em 2006 (Portaria nº 1.262/2006) ficando estabelecidas 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). (BRASIL, 2006) Além disso, institucionalizou estas comissões para busca ativa, captação e distribuição de órgãos e tecidos para transplante. Em outubro de 2009, o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes passou por atualizações aprovadas através da Portaria Ministerial 2600 de 21 de outubro de 2009, portaria esta em

vigência. (BRASIL, 2009)

Em março de 2009 foi criada a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) no Hospital de Urgência de Teresina (HUT) em cumprimento à Portaria nº 1752/GM de 23 de setembro de 2005. O Hospital de Urgência de Teresina é uma instituição pública de saúde de média e alta complexidade de natureza administrativa direta do Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A sua principal missão é o atendimento de casos de urgência e emergência por meio de um “cuidado acolhedor, digno e resolutivo visando à promoção da saúde e qualidade de vida”. As situações verificadas nos atendimentos são de: “[...] acidentes, agressões por arma de fogo ou armas brancas, quedas, enfartos, hemorragias, problemas dentários graves e pediatria”, com realização de internações nas áreas de cirurgia, clínica médica, pediatria, ortopedia, neurologia, terapia intensiva (adulto e infantil) e pacientes queimados. (NEIVA et al, 2010).

A CIHDOTT do HUT é constituída por uma equipe interdisciplinar de 6 membros, (2 Psicólogos, 3 Enfermeiras e 01 Médico, sendo este coordenador da comissão). A comissão tem funcionamento 24h, para dar cobertura a todos os óbitos e mortes encefálicas que ocorrem no hospital. Os membros da CIHDOTT fazem busca ativa diária em todos os setores do hospital para identificar potenciais doadores de órgãos e fortalecer a rede de comunicação com os profissionais da instituição visando à sensibilização em torno da temática.

A comissão objetiva melhorar a organização do processo de captação de órgãos, identificar melhor os potenciais doadores, promover uma entrevista familiar mais adequada, melhorar a articulação do Hospital com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), o que viabilizam a ampliação qualitativa e quantitativa no que concerne a captação de órgãos. Além disso, deve dar suporte aos familiares dos pacientes em morte encefálica, bem como sensibilizar os profissionais de saúde e a comunidade sobre a importância da doação.

É também responsabilidade da comissão promover a educação e conscientização da sociedade em geral, por meio de ações que contemplam a divulgação de informações à imprensa sempre que for solicitado, a realização de projetos em escolas, empresas e em outros espaços de convívio social, treinamentos em hospitais e campanhas de estímulo à doação.

O trabalho da comissão no acompanhamento de potenciais doadores é bastante complexo e permeado de etapas. Observou-se uma diversidade de condutas adotadas pelos membros da CIHDOTT do HUT durante o processo de doação de órgãos. Diante disso foi feito o seguinte questionamento: a sistematização para a doação de órgãos facilitaria e

organizaria o trabalho da CIHDOTT?

Acreditando que sim, o objetivo deste trabalho é a sistematização da assistência durante o processo de doação de órgãos, como estratégia de intervenção para subsidiar os profissionais de saúde na tomada de decisão acerca do acompanhamento do potencial doador de órgãos.

O interesse pelo tema foi despertado durante o exercício de minhas atividades como membro de uma CIHDOTT. Observei que a cada potencial doador de órgãos que a comissão acompanhava, condutas diferentes eram adotadas de acordo com o profissional que acompanhava o caso. E esta falta de homogeneidade da assistência criava situações e incoerências perante a familiar do potencial doador, o que certamente contribuiu para o aumento da recusa de doação de órgãos, pois, um dos fatores que influencia positivamente para haver a doação de órgãos, é a família sentir a segurança e o acolhimento da equipe da comissão.

Neste sentido, é um estudo relevante, pois contribuirá para sistematizar e organizar o trabalho dos profissionais da Comissão de Doação de Órgãos, o que refletirá em uma melhor qualidade da assistência prestada e conseqüentemente aumento do número de doadores de órgãos no hospital.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Sistematizar o Processo de Doação de Órgãos para a Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital de Urgência de Teresina-PI a ser seguido como rotina no trabalho dos profissionais do setor.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A doação de órgãos e tecidos de um potencial doador se processa em diferentes etapas, tendo início na identificação e constatação de morte encefálica (ME) e na sua notificação ou quando o potencial doador teve óbito por parada cardiorrespiratória (PCR). Em seguida, há a notificação deste fato as equipes competentes para proceder-se a abordagem à família.

A notificação de um potencial doador de órgãos e tecido para transplantes aos profissionais de saúde deve ocorrer na forma de notificação compulsória, pois segundo a Lei nº 9434/97, art. 13: “é obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar às Centrais de Notificação Captação de Distribuição de Órgãos da unidade federada onde ocorre, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos” (BRASIL, 1997, p. 60).

O estado de morte encefálica é condição fundamental para haver a captação de múltiplos órgãos (como coração, rins, fígado, pâncreas, pulmões, córneas e etc.) de doador falecido para fins de transplantes.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina, CFM nº 1.480/97, define critérios para o diagnóstico de morte encefálica como “parada total e irreversível das funções cerebrais”, estabelecendo também critérios clínicos que devem ser seguidos e a necessidade de exames complementares para sua confirmação (CFM, 1997, p. 1).

A equipe médica responsável pelo paciente no hospital notificante deve manter a família ciente e bem esclarecida sobre a evolução do quadro clínico, bem como o processo de diagnóstico de morte encefálica. Isto inclui exames clínicos feitos no primeiro e no segundo laudos de morte encefálica e os exames complementares como o eletroencefalograma, angiografia cerebral, tomografia cerebral, entre outros necessários para a confirmação (DAIBERT, 2007). A Resolução do CFM nº 1.480/97 tem sua base na Lei nº 9434/97 que determina em seu art. 3º que:

A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1997, p. 58).

Vale ressaltar que para a constatação da morte encefálica, por meio dos exames complementares “um destes médicos deverá ter título de especialista em neurologista, reconhecido no País”, como dispõe o Decreto nº 2. 268/97, art.16, § 1º (BRASIL, 1997, p. 7). Admitindo-se a complexidade do diagnóstico de morte encefálica, o referido decreto em seu

art.16, § 3º, estabelece ainda que “não podem participar do processo de verificação de morte encefálica, médicos integrantes das equipes autorizadas à retirada, transplantes ou enxerto de tecidos, órgãos e partes” (BRASIL, 1997, p.7).

Em caso de indicação positiva para a doação de órgãos, as equipes capacitadas para realizar o acolhimento e a entrevista com a família irão abordar sobre todo o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes com o intuito de informar e sensibilizar os familiares quanto à possibilidade de tomar a decisão de autorizar ou não a doação. Em suma, o momento da entrevista é essencialmente delicado e subjetivo tanto para os profissionais da equipe como para a família visto o impacto emocional vivenciado por esses sujeitos, exigindo dos profissionais uma postura extrema de ética, respeito, sensibilidade, acolhimento e, sobretudo de apropriação teórico prática sobre a doação de órgãos para a técnica profissional utilizada.

No momento do acolhimento a equipe multiprofissional depara-se com famílias que reagem de diversas formas diante da perda do ente querido, revelando assim, as duas faces do processo doação de órgãos: aceitação e recusa familiar. Portanto, cabe aos profissionais especializados utilizarem estratégias de sensibilização para com as famílias, visto a quantidade de pessoas que aguardam na fila de espera, bem como a necessidade social da doação de órgãos que diz respeito a um problema de saúde pública.

Quando fatores emocionais, culturais dos familiares interferem na compreensão das informações dadas pelo médico, o assistente social faz as interpretações necessárias, como o direito de opção na doação, respeitando a autodeterminação do responsável pelo paciente e dos demais parentes. Cria ambiente para expressão de seus sentimentos, sem persuasão, estimulando a liberdade de escolha e decisão positiva ou negativa (FERNANDES; SILVA e TEIXEIRA, 1995, p. 19).

Compreende-se que o ambiente para o acolhimento com a família deve ser um espaço onde prevaleça a tranquilidade e o respeito diante da situação vivenciada pelos sujeitos, possibilitando aos profissionais uma visão de totalidade em uma perspectiva socioeconômico e cultural das famílias o que permite ver com clareza os aspectos determinantes no momento da decisão familiar.

A Lei nº 10.211/01, em seu art. 4º, exige que havendo o consentimento da família para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, o familiar e duas testemunhas assinem o Termo de Autorização da Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes:

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. 1).

Dessa forma, o Termo de Autorização somente poderá ser assinado por um dos familiares citados a seguir de acordo com a ordem pré-estabelecida pela CNCDO, sendo eles: o cônjuge/ companheiro (União Estável); pais ou filhos maiores de 18 anos; irmãos maiores de 18 anos e avós e netos. Caso o potencial doador não tenha nenhum dos familiares mencionados presentes no momento da autorização, a doação de órgãos é legalmente proibida.

Os sujeitos mencionados possuem a responsabilidade pela autorização da doação de órgãos e tecidos dos potenciais doadores a partir da lei nº 10.211 de 2001 que determina a doação com doador cadáver mediante o consentimento da família, independente do desejo em vida do potencial doador. Ao atribuir-se o papel de responsabilidade às famílias, muitas apresentam uma relação extrema de oposição ou aproximação entre a aceitação e a recusa. O que as une ou separe pode ser uma combinação de questionamentos distorcidos ou um leque de informações prévias a favor do consentimento. Esses aspectos de aceitação ou recusa estão permeados pelo conhecimento ou desconhecimento da legislação existente e demais aspectos que envolvem o tema, como social, religioso, cultural e de classe.

3.1 A aceitação da família na doação de órgãos e tecidos para transplantes

Comumente a aceitação das famílias para a doação de órgãos e tecidos ocorre em menor escala se comparada as recusas familiares, estando esta diretamente relacionada ao modo como compreendem a questão, ou à representação social que tem do assunto.

Fernandes, Silva e Teixeira (1995) mencionam que quando fatores emocionais e culturais dos familiares interferem na compreensão das informações, também interferem na autodeterminação do familiar responsável pelo paciente, de aceitação ou recusa da doação. Os autores destacam ainda que em qualquer situação que exija a tomada de decisão familiar, política ou institucional os aspectos sociais religiosos e culturais são valores determinantes. No âmbito da doação de órgãos e tecidos para transplantes, esses valores influenciam os familiares na sua decisão, sendo assim compreendidos:

1. Aspecto Social: refere-se o que a instituição familiar conhece sobre as questões sociais, políticas, econômicas e ideológicas, bem como a autonomia às suas próprias ideias e valores construídos socialmente.
2. - Aspecto Cultural: visto como o desenvolvimento coletivo de um grupo social, uma nação, uma comunidade, no sentido de troca de comportamentos, tradições, costumes, valores espirituais e materiais. Culturalmente a doação de órgãos ainda é um tabu na

sociedade, porém como o processo cultural é permeado por mudanças, a troca de conhecimento entre grupos sociais favorece a divulgação do tema.

3. - Aspecto Religioso: abrange as concepções e crenças religiosas, interferindo no modo de percepção corpo-matéria, infinitude-finitude, alma-espírito, apego-desapego ao corpo, são determinantes para aceitar ou não a doação, pois visões preconcebidas e distorcidas da religião podem refletir para a recusa do processo.
4. - Aspecto Classe Social: diversidade de segmentos sociais, classificados segundo critérios de renda e consumo, as classes sociais podem interferir no modo como as pessoas têm acesso a informações, a exercitar a cidadania e direitos garantidos aos usuários do Sistema Único de Saúde, desse modo a decisão em aceitar a doação de órgãos perpassa todas as classes sociais, visto que a experiência da morte faz parte da vida de todas as pessoas.

3.2 A recusa familiar na doação de órgãos e tecidos para transplantes

Assim como a aceitação, a recusa familiar na doação de órgãos e tecidos para transplantes é permeada pela representação social que os sujeitos têm sobre o processo de doação e transplante. No caso da recusa, essa representação é construída a partir das percepções e ideias que os familiares expressam por ainda não serem adeptos ao consentimento ou recusarem totalmente, por já possuírem uma opinião formada sobre o assunto. A opinião obtida pelas famílias aparece no momento das entrevistas como uma negativa para a doação, visto que, muitas pessoas relacionam seus valores morais, religiosos, culturais, situação de classe e aspectos relacionados aos serviços recebidos no hospital e a falta de informação como determinantes para a recusa familiar.

A abordagem realizada pelos profissionais que trabalham na área da doação de órgãos é permeada pelo pouco conhecimento sobre o tema e pela negação e recusa das famílias. Desse modo, durante o processo de entrevista familiar as equipes se baseiam em categorias analíticas para denominar tais negativas, estando detalhadas a seguir:

1-Desconhecimento do desejo do potencial doador: essa categoria é revelada pelas famílias no sentido que o potencial doador não manifestou em vida sua opinião ou não conversou sobre esse assunto com seus familiares e por esse motivo estes recusam à doação.

2-Doador contrário à doação em vida: essa categoria é expressa pelas famílias de modo negativo quando o doador em vida manifestou-se contrário à doação e a família prefere respeitá-lo, recusando o processo.

3-Familiares indecisos: essa categoria pode ser percebida de duas maneiras, quando a abordagem é realizada com mais de um membro da família e alguns decidem pela doação e outros não, ocasionando uma indecisão familiar. A outra forma de indecisão aparece quando os familiares sentem-se sensibilizados, mas por *apego* ao corpo e seus valores, terminam por recusar.

4-Familiares desejam o corpo íntegro: essa categoria abrange aspectos culturais e religiosos, pois os familiares percebem a doação como um ato que irá mutilar o ente morto, ou que este *chegará ao céu faltando alguma parte do seu corpo*, dessa maneira preferem que deixe o corpo íntegro.

5-Familiares descontentes com o atendimento: essa categoria é revelada na relação usuário *versus* serviços prestados que de forma negativa reflete na recusa familiar. A insatisfação pode ser percebida pela família desde o primeiro momento quando da entrada no hospital até a liberação do corpo. Este processo engloba o tratamento não humanizado recebido pelos profissionais, a ausência de assistência à saúde, a demora no atendimento e o hospital superlotado. Essa recusa refere-se diretamente as situações político-administrativas dos hospitais públicos brasileiros, no qual a saúde ainda é bastante afetada, com baixo investimento na área, profissionais desvalorizados e mal remunerados, política de humanização fragilizada, desvio de recursos, enfim um cenário caótico que reflete para as pessoas que aguardam por um transplante e sofrem com os problemas da saúde pública brasileira.

6-Receio de demora na liberação do corpo: essa categoria é apresentada pelas famílias quando estas, mesmo sensibilizadas com a doação, têm receio que o processo de captação demore na liberação do corpo e ainda terá que esperar muito tempo no hospital, ambiente este onde as famílias não querem mais permanecer.

7-Convicções religiosas: essa categoria envolve a relação corpo-espírito-religião, no sentido que o corpo não se separa do espírito, desse modo os órgãos não podem ser retirados por possuírem uma relação de integralidade entre ambos. Já no aspecto religioso algumas famílias têm opiniões distorcidas e acreditam que a religião frequentada não permite a doação de órgãos, recusando assim, a autorização.

8- Informação e Desinformação: essa categoria refere-se ao modo equivocado que algumas famílias apresentam sobre a doação de órgãos, acreditando que o órgão não beneficiará pessoas pobres ou até mesmo poderão ser comercializados. Quanto ao aspecto desinformação, os familiares expressam saber pouco sobre o assunto e preferem não conhecê-lo no dia do óbito, acabando por recusar a doação por pouco conhecimento.

Vale ressaltar que a recusa familiar extrapola o âmbito dos *desconhecimentos e preconceitos sobre o tema*, pois fatores externos também contribuem para a não efetivação das doações de órgãos e tecidos para transplantes, sendo de ordem institucional político-administrativo, comprometendo assim, a vida daqueles que esperam por um transplante, bem como o aproveitamento de múltiplos órgãos em estados da federação onde só ocorre doação – transplantes de dois órgãos, como no caso do estado do Piauí na atualidade, que realiza somente transplante de córneas e de rins.

4. METODOLOGIA

Neste projeto será desenvolvida uma tecnologia assistencial, que de acordo com Nietsche (2000) e Prado *et al.* (2009), trata-se de uma tecnologia de modo de conduta, em que são indicados comportamentos dos profissionais ou da clientela, orientados por passos ou fases que pretendam constituir-se em protocolos assistenciais

O trabalho trata da implantação de um instrumento para a sistematização do Processo de doação de órgãos no Hospital de Urgência de Teresina-PI, que comporta duas etapas: a primeira etapa consistiu na elaboração do guia de sistematização, propriamente dito, e a segunda etapa consistirá na implantação do instrumento e capacitação da equipe da CIHDOTT para atender segundo o instrumento.

No período de fevereiro e março realizou-se levantamento biográfico nas bases de dados, que teve como objetivo investigar instrumentos que estão sendo utilizados para protocolar a assistência ao potencial doador de órgãos nas CIHDOTTs e Organização de Procura de Órgãos (OPOs) pelo Brasil, servindo assim como orientador da elaboração de nosso instrumento, sendo feita as devidas adequações à realidade do HUT. No mês de abril o instrumento foi elaborado e testado pelos membros da comissão, sendo feito os devidos ajustes.

A próxima etapa será a implantação do protocolo elaborado, prevista para os meses de maio a junho de 2014.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

5. RESULTADOS

SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PACIENTE EM GLASGOW 3

- Realizar busca ativa e identificar os pacientes em Glasgow 3, candidatos à abertura do protocolo para diagnóstico de morte encefálica. Identificado o paciente é necessário:

1. Verificar uso de sedação (necessário estar a pelo menos 24 horas sem sedação);
2. Identificar a causa da morte encefálica, que deve estar definida com pelo menos uma TC de crânio documentando;
3. Verificar ausência de hipotermia (acima de 32°)
4. Orientar Monitorização hemodinâmica e verificar de o paciente tem os parâmetros mínimos para a realização dos testes (PAM >60 e SaO₂ > 90%)
5. Orientar o plantonista médico que solicite os exames básicos (Hemograma, Na, K, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Gasometria arterial)

DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA (ME)

O diagnóstico de morte encefálica é orientado pela Resolução nº 1400 de 08/08/1997 do Conselho Federal de Medicina, disponível em endereço eletrônico: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm. De acordo com a mesma são necessários dois exames clínicos neurológicos com intervalo de tempo de acordo com a faixa etária do paciente e um exame complementar de imagem, que na realidade do HUT podem ser realizados um dos seguintes exames: o *doppler* transcraniano, o eletroencefalograma e a arteriografia.

- Após a primeira avaliação clínica de protocolo de ME:

- 1) Solicitar todos os exames da rotina;
- 2) Preencher ficha de notificação de Morte Encefálica+ Anexo de Distribuição de Órgãos;
- 3) Notificar abertura de protocolo para plantonista da OPO;
- 4) Articular com clínico ou neurologista a realização do 2º exame clínico neurológico, respeitando o tempo de cada faixa etária.
- 5) Comunicar equipe da realização do exame complementar de imagem.

OBS: o exame complementar pode ser realizado após a primeira avaliação clínica. Porém, o

mais indicado seria aguardar a 2ª avaliação. Mas deve ser avaliado caso a caso, juntamente com o plantonista da OPO.

6) É importante que a família fique sabendo da abertura do protocolo bem como seu andamento. A CIHDOTT deve sempre se colocar à disposição da equipe do setor em que se encontra o paciente para apoio e esclarecimentos, mantendo a equipe e a família atualizada sobre cada passo.

7) Tão logo o diagnóstico for concluído, deve-se verificar se os exames de rotina estão atualizados, caso contrário, peça a um clínico que os solicite.

8) A entrevista familiar deve ser feita após a conclusão do diagnóstico. É importante que estejam presentes as pessoas com poder de decisão, o máximo delas. Marque um horário sempre que possível para que os familiares venham ao hospital, o mais breve possível. A entrevista com apenas um familiar deve ser evitada, somente quando não for possível esperar a chegada de outras pessoas.

9) Feita a entrevista dê um tempo para a família pensar, mesmo que tenha recusado inicialmente. Marque com a família um horário para eles darem um retorno. Afirme a necessidade que venham ao hospital dar uma resposta, pois é uma situação que precisa de formalização (assinatura de termo de doação ou de não doação).

10) Nunca informe com precisão o tempo que vai demorar o processo de doação, mas diga a família que em geral demora no mínimo 24 horas após a assinatura dos termos.

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS – ASSINATURA DOS TERMOS DE DOAÇÃO

- Quando a família não autoriza a doação de órgãos:

- 1) Devem assinar o Termo de Não Autorização de Retirada de Órgãos e Tecidos;
- 2) Comunicar o médico plantonista do setor para retirada do suporte do paciente, constatação do óbito, elaboração da Declaração de Óbito e entrega do corpo à família.

- Quando a família autoriza a doação de órgãos alguns termos devem ser assinados:

- 1) Três vias do termo de autorização (OPO, CIHDOTT e Prontuário);
- OBS: Órgãos que podem ser doados no Piauí (coração, rins, fígado, córneas e válvulas cardíacas);
- 2) Duas vias do termo de autorização para transporte (uma via para OPO e uma via para Prontuário);
 - 3) Três vias do termo de potencial doador de córneas (OPO, CIHDOTT e Prontuário);
 - 4) No casos de IML lembrar da necessidade do Boletim de Exame Cadavérico na Central de Flagrantes. (o plantonista da OPO pode ser solicitado caso a família não tenha transporte);
 - 5) Tirar cópias dos documentos do doador e do responsável;
 - 6) Aproveitar a presença dos familiares para colher informações que ficaram pendentes no

anexo (histórico de doenças, hemotransfusão, uso de drogas...);

7) A família deve ser comunicada de todos os passos, e se possível ter familiar presente no hospital pelo menos na saída do doador para o hospital captador. Devemos ter telefones de familiares responsáveis que estejam dentro do município de Teresina durante todo o processo de doação (desde autorização até entrega do corpo).

APÓS ASSINATURA DOS TERMOS DE DOAÇÃO

- 1) Comunicar plantonista da OPO para coleta de sorologias;
- 2) Viabilizar com familiar e OPO se for o caso o Boletim de Exame Cadavérico;
- 3) Aguardar resultado das sorologias (tempo de 4-6 horas);
- 4) A manutenção hemodinâmica deve ser intensificada;
- 5) Após resultado das sorologias a CNCDO irá disponibilizar os órgãos para as equipes transplantadoras;
- 6) Manter contato com a OPO para saber o horário da cirurgia e transporte do paciente;
- 7) Assim que tiver um retorno sobre horário do transporte pedir ao médico do setor que solicite ambulância do SAMU de suporte avançado;
- 8) Comunicar familiar do horário de saída do corpo que há a possibilidade de acompanhar na ambulância, bem como o hospital para o qual vai ser transportado. Familiares devem ser orientados a irem para o hospital captador para acompanhar o processo de doação até a entrega do corpo. A equipe da OPO se responsabilizará pela recepção da família no hospital de destino.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de doação de órgãos é um caminho complexo e cheio de peculiaridades, que se não sistematizado pode gerar uma série de entraves e atropelos na assistência ao potencial doador de órgãos. Essa falta de sistematização pode refletir em números de recusas familiares para doação de órgãos elevados. Por outro lado, qualquer processo de trabalho que passa por uma sistematização, gera segurança para o profissional que executa as ações, e no caso do potencial doador de órgãos essa segurança é sinônimo de qualidade na assistência, que é necessária para a família sentir-se segura para a tomada de decisão para doação de órgãos de seu ente.

As evidências em relação à aplicabilidade e benefícios da sistematização do processo de doação de órgãos que vise garantir a assistência ao paciente potencial doador de órgãos é consenso entre os autores referenciados nesse estudo. E apesar das dificuldades encontradas foi possível elaborar uma sistematização para ser utilizado pelos profissionais no Hospital de Urgência de Teresina-PI.

Considerando-se que se trata de um instrumento para beneficiar a qualidade da assistência, torna-se fundamental sua implementação na instituição. Neste sentido, toda a equipe da CIHDOTT deve direcionar esforços para esta implementação visando, sobretudo, a qualidade da assistência prestada ao potencial doador de órgãos e à sua família.

REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº Lei 9.434**, 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm. Acesso em 17 de abril de 2014.

_____. **Decreto nº 2268**, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Disponível em <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/111971/decreto-2268-97>. Acesso em 17 de abril de 2014.

_____. **Lei nº 10.211**, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110211.htm. Acesso em 17 de abril de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.752**, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 27 de set. 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1752.htm>. Acesso em 17 de abril de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.262**, de 23 de setembro de 2006. Definem a constituição da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes-CIHDOIT. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1262.htm>. Acesso em 17 de abril de 2014.

_____. Portaria nº 2600 de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html. Acesso em 17

de outubro de 2009.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.480**, de 08 de agosto de 1997. Critérios de Morte Encefálica. Disponível em:

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm. Acesso em 17 de abril de 2014.

DAIBERT, Mônica Campos. **Recusa Familiar na Doação de Órgãos na Central de Captação, Notificação e Distribuição de Órgãos – CNCDO**. Regional Zona da Mata/ Minas Gerais. Juiz de Fora. 2007. Disponível em

http://oatd.org/oatd/go?url=http%3A%2F%2Fwww.btdt.ufjf.br%2Fde_busca%2Farquivo.php%3FcodArquivo%3D436&from=record&q= . Acesso em 17 de abril de 2014.

FERNANDES, M. D. G. O; SILVA, S. M.A da; TEIXEIRA, M. D. dos S. A Prática do Assistente Social em Doações de Órgãos e Tecidos para Transplantes. **Revista Serviço Social do Hospital das Clínicas**. Faculdade de Medicina de São Paulo. nº 1,1995.

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006 .

NEIVA, Maria de Jesus Lopes Mousinho *et al* (orgs). **O acolhimento no HUT**. SEMCOM, Teresina - PI, 2009.

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

PRADO, M. L. do et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul/set. 2009.