



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO**

***CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS***

**ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP**

**PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO**

**ENFERMEIROS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO DE  
POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE.**

**CARLA REIS MOREIRA DA SILVA LUPARELLI**

**Orientadora: Prof. Dra. Enedina Soares**

Rio de Janeiro

2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Luparelli; Carla Reis Moreira Silva.

Enfermeiros no Processo de Manutenção de Potenciais Doadores de órgãos para Transplante. UNIRIO/EEAP, 2009.

Nº 89 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enedina Soares.

1. Enfermagem 2. Doadores de órgãos 3. Transplantes

CDD XX

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP  
PROGRAMA PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**ENFERMEIROS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO DE POTENCIAIS DOADORES DE  
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
Stricto Sensu em Enfermagem da Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Enedina Soares.

CARLA REIS MOREIRA DA SILVA LUPARELLI

ENFERMEIROS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO DE POTENCIAIS DOADORES DE  
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dra. Enedina Soares – Presidente  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

---

Prof. Dra. Maria de Fátima Batalha de Menezes – 1<sup>o</sup> Examinadora  
Instituto Nacional do Câncer - INCA

---

Prof. Dra. Teresinha de Jesus Espírito Santo da Silva – 2<sup>o</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

---

Prof. Dra. Sílvia Teresa Carvalho – 1<sup>o</sup> Suplente  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

---

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra Silva – 2<sup>o</sup> Suplente  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Dedicatória:

Aos meus pais Carlos e Emilia, meus exemplos de dignidade, amor e coragem. Ao meu marido Roberto pelo amor incondicional e dedicação, que estará para sempre em meu coração. A vocês, dedico esta conquista.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por cada dia da minha vida. Pela família e amigos que me deu. Obrigada!

A meus pais Carlos e Emília, que fizeram da minha vida a sua vida e que sempre me deu tudo o que podia para que eu me tornasse o que sou hoje. Obrigado por existirem na minha vida, amo vocês!

Ao meu Marido Roberto, meu companheiro e cúmplice em todos os momentos da minha vida, agradeço pelo amor incondicional e paciência que teve durante esse período e sempre. Te amo!

A minha amiga Ticiane agradeço pelo incentivo e ajuda para ingressar no Mestrado.

A minha orientadora Prof. Dra. Enedina Soares carinho e atenção em aceitar ser minha orientadora, a qual seria impossível a realização desse trabalho.

Aos professores e alunos do Mestrado pelos ensinamentos e amizade.

O meu muito obrigada!

Com carinho, Carla.

Luparelli, Carla Reis Moreira Silva. Enfermeiros no Processo de Manutenção de Potenciais Doadores de Órgãos para Transplante. Orientadora: Prof. Dra. Enedina Soares. UNIRIO/EEAP, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2009.

### **RESUMO**

O objeto da dissertação trata da atuação do enfermeiro no processo de manutenção de potenciais doadores de órgãos para transplante. Os objetivos foram: 1) descrever a atuação do enfermeiro no processo de manutenção de órgãos para transplante; 2) caracterizar o conhecimento do enfermeiro sobre as diretrizes para o conceito de morte encefálica; 3) Identificar o conhecimento do enfermeiro sobre os aspectos legais do processo de doação de órgãos para transplante. O estudo foi realizado na abordagem qualitativa, a estratégia metodológica para a obtenção dos dados foi à realização de entrevistas. O cenário confere com hospital militar localizado no município do Rio de Janeiro – RJ. Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin, onde as entrevistas foram exaustivamente lidas e categorizadas. A primeira categoria denota sobre o conceito de morte encefálica e o seu diagnóstico. Na segunda categoria trata das fases do processo de manutenção do potencial doador de órgãos. A terceira categoria trata dos aspectos legais relacionados ao processo da doação dos órgãos. A quarta categoria trata dos conflitos vivenciados pelas enfermeiras durante o processo de doação de órgãos. Concluímos que os enfermeiros têm conhecimento do conceito de morte encefálica e o seu diagnóstico, como os aspectos legais do processo de doação de órgãos e de todas as fases da manutenção desse potencial doador de órgãos para transplante.

Palavras-chaves: Enfermagem; Doação de órgãos; Transplantes.

## **ABSTRACT**

The object of the dissertation deals with the nurse's role in the maintenance of potential donors of organs for transplantation. The objectives were: 1) describe the nurse's role in the maintenance of organs for transplantation and 2) to describe the nurses' knowledge about the guidelines for the concept of brain death, 3) identify the nurses' knowledge about the legal aspects of the process of organ donation for transplantation. The study was conducted in a qualitative approach, the methodology for obtaining the data was the interviews. The scenario gives the military hospital located in Rio de Janeiro - RJ. The data were analyzed based on content analysis of Bardin, where the interviews were read thoroughly and categorized. The first category denotes on the concept of brain death and its diagnosis. The second category deals with the stages of the maintenance of potential organ donor. The third category deals with the legal aspects related to the process of organ donation. The fourth category deals with the conflicts experienced by nurses during the process of organ donation. We conclude that nurses are aware of the concept of brain death and its diagnosis, as aspects legal process of organ donation and all phases of maintenance of potential organ donors for transplantation.

Keywords: Nursing; Organ donation; transplants.

**SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>8</b>
<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA</b>	<b>30</b>
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO A - Memorando de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	
<b>ANEXO B – Legislação</b>	<b>61</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo está inserido na linha de pesquisa: Cuidado em Enfermagem – O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar – do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado; e no Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental (NUPEENFF) do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

O transplante de órgãos tornou-se uma opção de excelência no tratamento da falência terminal orgânica de pacientes. Essa posição foi conquistada depois de grandes avanços tecnológicos na área da saúde, em especial na área de terapia intensiva, integrada com a farmacologia e a imunologia.

O primeiro transplante renal, realizado no Rio de Janeiro aconteceu no Hospital Pedro Ernesto em 04 de setembro de 1968, pela equipe de médicos e enfermeiros chefiada pelo doutor Osvaldo Araújo. O doador que não teve o nome revelado pela imprensa na ocasião era um menor de 15 anos que havia sido atropelado na Avenida Brasil e sendo o receptor um rapaz de 18 anos que tinha o diagnóstico de doença renal crônica, tendo assim sua vida condicionada a um transplante renal. Em 14 de setembro de 1968 o receptor foi a óbito, apesar do êxito da cirurgia. (SILVA e PORTO, 2007).

A doação de órgãos traz conseqüências importantes no aumento das taxas de transplantes, contudo a assistência especializada e tecnológica desenvolvida nos últimos anos tem favorecido de forma impressionante as chances de vida desse grupo de pacientes transplantados. Certamente, as repercussões dessas doações transcendem os números e se fazem sentir diretamente entre os profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros que vivenciam diversas dificuldades junto ao potencial doador durante a sua internação.

Essa clientela de doadores de órgãos denota uma atenção especial em relação ao diagnóstico de morte encefálica, que é um processo complexo que altera a fisiopatologia de todos os sistemas orgânicos. Recentemente foi reconhecido que

envolve uma série de perturbações neuro-humorais cíclicas que incluem alterações bioquímicas e celulares que conduzem a disfunção múltipla de órgãos, repercutindo na qualidade do órgão transplantado. Tanto as alterações iniciais quanto as tardias influem na viabilidade dos órgãos por comprometer sua perfusão, aumentando a lesão isquêmica (D' IMPÉRIO, 2007).

No Brasil, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM N<sup>o</sup> 1346/91 a morte encefálica é definida como a parada total e irreversível das funções encefálicas, de causa conhecida e constatada de modo indiscutível (COIMBRA, 2007).

O diagnóstico de morte encefálica é, portanto determinado pelo exame clínico neurológico, a partir da ausência evidente de reflexos do tronco cerebral em paciente em coma, excluída qualquer causa reversível que possam ocorrer por: intoxicação exógena, uso terapêutico de barbitúricos, alterações metabólicas e hipotermia (KNOBEL, 1998). Afastadas essas causas e com a adequada determinação do diagnóstico de morte encefálica inicia-se então o processo de manutenção desse corpo através da ventilação mecânica entre outros procedimentos que possibilitem a eficácia da doação dos órgãos.

Como pode ser observada pelos dados apresentados, a contra-indicação médica é a que apresenta a maior taxa para a não efetivação da doação de órgãos; as situações que determinam a contra-indicação absoluta da captação de todos os órgãos de um potencial doador são: a presença de infecção viral de evolução lenta, a história de uso de drogas endovenosas, a presença de neoplasias (exceto quando primária do sistema nervoso central) e de sepse bacteriana.

Sabe-se que um único doador em boas condições poderá beneficiar, através do transplante de diversos órgãos e tecidos, mais de 10 pacientes. Por isto deverá ser assistido e manejado com o mesmo empenho e dedicação que qualquer outro paciente da unidade de terapia intensiva. Mesmo que um potencial doador se torne um doador, não significa que todos os órgãos poderão ser aproveitados, para isto, é necessário cuidado até a remoção.

Em minha trajetória profissional como enfermeira, destaquei como marco o do ano de 2005, quando passei a integrar a equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva de uma instituição hospitalar militar, referência ao atendimento à família naval. Inicialmente, preocupada em dominar o aparato tecnológico, busquei apropriar-me de habilidades para manusear e controlar os aparelhos e de conhecimento acerca dos procedimentos e rotinas. Contudo, logo pude perceber que a demanda dos cuidados de enfermagem não se limitava à complexidade tecnológica; ia além e se concentrava numa outra complexidade mais subjetiva. Passei a observar em meu cotidiano: como os enfermeiros lidam com pacientes que tinham o diagnóstico de morte encefálica e como realizam as fases do processo de manutenção fisiológica desse paciente que se apresentava como um potencial doador de órgãos.

Foi a partir dessas observações que passei a me envolver mais de perto com o processo de doação de órgãos e transplante. A minha atuação abrangia as fases do cuidado aos pacientes graves. Mas foi o processo da manutenção fisiológica do potencial doador com o diagnóstico de morte encefálica que mais me interessou pois é, nessa fase que se desenvolvem os procedimentos e cuidados intensivos peculiares ao diagnóstico de morte encefálica e ao processo de manutenção fisiológica desse paciente que se apresenta como um potencial doador de órgãos. Além disso, essa fase contém especificidades que, em minha ótica, a diferenciam das demais etapas, por constituir no período onde se iniciam as primeiras condições reais de viabilização do transplante de órgãos. Portanto, esta também é a fase onde o enfermeiro possui papel primordial, realizando cuidados de manutenção fisiológica do paciente.

A possibilidade de vivenciar, durante a assistência, a interação desses enfermeiros com o tema doação de órgãos e transplante reconduziu à realização de um estudo em 2007, denominado: “A doação de órgãos na visão do enfermeiro”. O mesmo objetivou realizar um levantamento das pesquisas relacionadas à doação de órgãos e atuação do enfermeiro nesse processo, na literatura especializada e em bancos de dados. Os resultados apontaram para o transplante de órgãos, doação de órgãos e atuação do profissional de saúde no processo de doação de órgãos. Nesta revisão, verifiquei num estudo de Silva e Silva (2007), notável a escassez de

pesquisas com foco de investigação nas fases de manutenção de órgãos em potenciais doadores.

A partir do conhecimento adquirido em literaturas, meu caminhar na assistência também foi enriquecido. Comecei então a acompanhar criteriosamente, ainda de forma empírica, o cuidado realizado pelo enfermeiro a esse potencial doador, observando suas reações emocionais e seus comportamentos em direção a si mesmo e aos outros, suas respostas corporais ao contato e interação, enfim suas vivências na unidade de terapia intensiva.

Nessas experiências iniciais, com um olhar mais investigativo da realidade, pude notar que os enfermeiros inicialmente mostravam desconfortável ao cuidar de um paciente com diagnóstico de morte encefálica, mas gradativamente, dia após dia, a cada plantão, sentia-se mais confortáveis durante o cuidado com esse paciente. Com a progressão da interação desse cuidado, tão específica de cada pessoa, passou a dialogar com os enfermeiros acerca de suas experiências com esses pacientes com diagnóstico de morte encefálica. Eles me falavam de suas histórias e de como enfrentavam e o que sentiam diante das novas situações, sendo percebido nesses discursos, a dificuldade com conceito de morte encefálica e a manutenção da vida nesses pacientes.

O conceito de morte foi pensado de muitas formas, nas diferentes sociedades e culturas. Nessa direção (ELIAS, 2001) faz uma abrangente contextualização histórica de como a morte tem sido pensada e vivida pelo homem, ocidental, desde a antiguidade até a contemporaneidade. Na antiguidade, a morte era entendida no coletivo e na vida cotidiana como fato previsível, mas, também, misterioso. O paciente terminal da sociedade medieval seja por qual fosse a causa ou patologia, tinha uma morte considerada natural e muitas vezes, não diagnosticada (BARALDI, 2000).

A partir do final do século XX, diante de iniciativas como as desenvolvidas pela ciência contemporânea, a morte evidencia mudanças em suas configurações. Isto é, passou a ser encarada com uma disfunção passível de ser evitada ou, pelo menos, postergada, ampliando o poder tecnológico, tão forte na modernidade (VAZ, 2001).

Um estudo de investigação etnográfica comparou a repercussão da definição científica de morte cerebral em um país ocidental e no Japão e conclui que os norte-americanos adotam a definição científica de morte, na perspectiva da valorização do transplante e aproveitamento de órgãos e com ênfase no receptor, idéia prática de chances de vida. Já os japoneses teriam uma visão mais holista da morte e não incorporam tanto o dualismo mente/corpo. As maneiras de lidar com a morte são discutidas publicamente, e os japoneses não aceitam como natural a violação do corpo de um possível doador, preocupando-se mais com o doador do que com o receptor. Destaca-se o fato de que tanto os japoneses quanto os norte-americanos, com suas perspectivas divergentes, não fogem aos critérios científicos, já que os especialistas japoneses de terapia intensiva não problematizam os critérios que permitam estabelecer a morte cerebral com o indicativo irreversível de que a morte se aproxima ou, inclusive, já chegou. Além disso, eles também analisam a morte cerebral como sendo algo distinto de outras situações em que o cérebro é severamente afetado, incluindo um estado vegetativo persistente. Porém, assumem estabelecer o diagnóstico de morte cerebral sustentado nas evidências criadas tecnologicamente, secundarizando um julgamento clínico de morte. (VARGAS e RAMOS, 2006).

Por isso, a questão da morte encefálica e sua influência no processo de manutenção do doador passaram a ser, para mim, um assunto, desconhecido e pouco explorado na grande corrente de conhecimentos necessários para compreender e atuar no processo de manutenção do doador de órgãos. No que diz respeito à assistência de enfermagem no processo, é fundamental, uma vez que somos os profissionais mais próximos e constantes na manutenção fisiológica do doador de órgãos.

A partir da análise documental em revistas especializadas sobre a temática doação de órgãos e transplante na área da enfermagem, encontrei seis (6) artigos que serviram de base referencial para a produção do estudo. Então acreditei que fosse pertinente e oportuno pesquisar o cotidiano dos enfermeiros na manutenção do potencial do doador.

(GUETTI e MARQUES, 2007) constataram que a assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica, que esta causa diversos efeitos

deletérios sobre o organismo, sendo importante um amplo conhecimento das possíveis complicações, possibilitando assim o reconhecimento precoce e conseqüente manuseio para a preservação dos órgãos. Mostrando que é de responsabilidade do enfermeiro realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador. É, portanto, necessário que o enfermeiro tenha conhecimento a respeito do conceito de morte encefálica e suas repercussões fisiológicas e hemodinâmicas, para sua adequada utilização no processo de manutenção do potencial doador.

A partir de minhas observações iniciais e das conceituações teóricas que serviram de fundamentos para pensar meu saber/fazer junto aos potenciais doadores de órgãos, passei a indagar: Como os enfermeiros lidam com o diagnóstico de morte encefálica? Como os enfermeiros atuam no processo de manutenção fisiológica do potencial doador de órgãos?

Essas questões me nortearam a delimitar o seguinte objeto de estudo:

Atuação do enfermeiro no processo de manutenção de potenciais doadores de órgãos para transplantes.

Diante dessa realidade tão rica em dimensões a ser estudada, foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever a atuação do enfermeiro no processo de manutenção de órgãos para transplante.
- Identificar o conhecimento do enfermeiro sobre as diretrizes para o conceito de morte encefálica.
- Caracterizar o conhecimento do enfermeiro sobre os aspectos legais do processo de doação de órgãos para transplante.

Desta forma, o presente estudo traz em seu cerne contribuições que possam impulsionar à divulgação do exercício da enfermagem já que o enfermeiro constitui um membro da equipe de saúde não podendo fugir do problema, cabendo-lhe a participação, a assistência de enfermagem ao potencial doador e receptor, a

orientação à família e a comunidade sobre os aspectos jurídicos e éticos que o tema envolve. Pretende também contribuir para compreensão quanto ao diagnóstico de morte encefálica, o processo de captação, doação, remoção, manutenção e transplante de órgãos e a atual legislação em vigor no País. Reforça a importância e a atualidade do tema, a constatação da existência de poucas pesquisas nesta área e a possibilidade de trazer à tona com o estudo, novos objetos para investigações futuras.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Aspectos Legais da Doação de Órgãos e Transplantes

Em 1997 foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei nº 9434, que trata da remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Esta Lei estabelecia que a autorização para doação de órgãos fosse permitida em casos de não haver a expressão *não doadora de órgãos e tecidos na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação*. A manifestação da vontade declarada nos documentos referidos poderia ser reformulada a qualquer momento, registrando-se a nova declaração de vontade.

Art.13º “é obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos” (BRASIL, 1997).

Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto 2268 de 30 de junho de 1997 e a partir do dia 01 de janeiro de 1998 começou a vigorar no País, iniciando então, por parte do governo federal, campanhas de esclarecimento à sociedade através da mídia. As oportunidades de discussão e avaliação de dados da opinião pública foram mínimas. O objetivo das campanhas foi informar a todo o cidadão brasileiro, maior de 21 anos, de que era em potencial doador de órgãos e tecidos, a menos que tivesse registrado na Carteira Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação a expressão “*não doador de órgãos e tecidos*”.

Em outubro de 1998 a Medida Provisória nº 1718 acrescentou ao artigo 4º da Lei nº 9434 um novo parágrafo que estabeleceu que na ausência de manifestação de vontade da pessoa, colocando-se como potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderia manifestar-se contrariamente à doação, devendo esta decisão ser acatada pelas equipes de remoção e transplante.

O conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto nº 44045, de 19 de Junho de 1958, e considerando que a Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de

transplantes e tratamento, determina em seu artigo 3<sup>o</sup> que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica.

Art. 1<sup>o</sup> “A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos complementares durante intervalos de tempos variáveis, próprios para determinadas faixas etárias” (BRASIL, 1997).

Art. 6<sup>o</sup> “Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca: ausência de atividade elétrica cerebral; ausência de atividade metabólica cerebral e ausência de perfusão sanguínea cerebral” (BRASIL, 1997).

A partir de 23 de março de 2001 entrou em vigor no País a nova Lei nº 10211 que alterou os dispositivos legais da Lei nº 9434. A nova Lei estabeleceu que as manifestações de vontade relativas à doação de órgãos, constantes na Carteira Nacional de Habilitação e na Carteira Civil Identidade não teriam validade a partir de dezembro de 2000, sendo estabelecido que a autorização da doação de órgãos e tecidos deveria ser realizada pela família do doador ou manifestado sua vontade por escrito e registrado em cartório.

A Portaria do Ministério da Saúde GM nº 1752 de 23 de setembro de 2005, que determina a constituição de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos, que considera várias necessidades, como: incrementar os esforços no sentido de ampliar os avanços já obtidos na captação de órgãos e realização de transplantes; envolver de forma mais efetiva e organizada os hospitais, no esforço coletivo de captação de órgãos e tecidos; aprimorar o funcionamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, permitindo sua melhor articulação com os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na análise desse documento, observa-se que uma das atribuições da Comissão é criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos. Porém, a questão é muito mais delicada do que parece, pois o problema da conscientização e

sensibilização da população e a obrigatoriedade de consolidar uma cultura de transplante institucional foram transferidos para a própria população.

É fato que grande parte dos hospitais federais, estaduais e municipais, que deverão responder à determinação da Portaria GM nº 1752, não possui condições técnicas de confirmação de morte encefálica. (MENEZES, 2006) afirma que, no hospital público terciário de referência para transplante de órgãos e tecidos humanos no Distrito Federal, 63,4% dos médicos neurologistas e plantonistas da unidade de terapia intensiva (UTI) entrevistados caracterizam a falta de recursos tecnológicos e a carência de recursos humanos especializados como fatores que impossibilitaram o diagnóstico seguro de morte encefálica. Se não há condições para a realização segura do diagnóstico de morte encefálica, tampouco haverá a possibilidade de viabilizar o processo de captação e doação de órgãos.

Garrafa e Medina (2006) discorrem sobre a responsabilidade do Estado em projetos que apoiem e estimulem as doações voluntárias e altruísticas, e falam sobre a importância de campanhas educativas, “sendo indispensável à implantação de programas permanentes de esclarecimento e incentivos, com o apoio da extraordinária evolução dos meios de comunicação”. Ou seja, a criação da CIHDOTT e o estabelecimento de suas atribuições e deveres, por meio da Portaria nº 1262 de 16 de junho de 2006, organizam e buscam viabilizar ações do Sistema Nacional de Transplante, mas não é o suficiente para atingir seu objetivo mais importante que é a colaboração efetiva da população.

A Resolução COFEN 292/2004, delibera que a assistência de enfermagem prestada ao doador de órgãos tem como objetivo a viabilização dos órgãos para transplante e com a necessidade de permanência do doador em unidade de terapia intensiva, até a retirada dos órgãos.

Art. 1º ao enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos através dos seguintes procedimentos:

- a) Notificar as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO a existência de potenciais doadores.

- b) Entrevistar o responsável legal do doador, solicitando o consentimento livre e esclarecido por meio de autorização da doação de órgãos e tecidos por escrito.
- c) Realizar a manutenção do doador com o objetivo da viabilização dos órgãos para transplante.
- d) Aplicar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos.
- e) Receber e coordenar as equipes de retiradas de órgãos, zelando pelo cumprimento da legislação vigente.
- f) Cumprir a fazer cumprir acordo firmado no termo de doação.
- g) Desenvolver e participar de pesquisas relacionadas com o processo de doação e transplantes de órgãos.
- h) Promover e difundir medidas educativas quanto ao processo de doação e transplante de órgãos/ tecidos, junto à comunidade.

Art. 4<sup>o</sup> ao enfermeiro incumbe aplicar a SAE, em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pós-transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar).

### **2.1.1 Questões Bioéticas Relacionadas à Doação de Órgãos e ao Transplante**

A Bioética, de caráter eminentemente multidisciplinar, compreende o estudo sistemático do conduto humano na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada á luz dos valores e princípios morais (CLOTET, 1993).

Levando em conta o conteúdo e o contexto em que surge, torna-se importante mencionar os princípios da Bioética nos quais está colocado o fio condutor para a tomada de decisões nesta área. Tais princípios fundamentais são chamados “*Trindade Bioética*”: beneficência, a autonomia e a justiça. A articulação dos mesmos dá-se pelo médico (beneficência), paciente (autonomia) e sociedade (justiça) (PESSINI, 2005).

Beneficência é o critério mais antigo da ética médica e fundamenta-se principalmente em “*fazer o bem*” e “*não causar dano*”. É importante lembrar o estudo

de (GARRAFA, 1996), no qual o autor menciona que o médico tem desempenhado a beneficência ainda em um modelo paternalista onde assume um papel de autoridade, postura esta uma tanto inadequada no momento atual frente às discussões dos direitos do paciente na participação em seu processo de tratamento. É justamente disso que trata o critério da autonomia que diz respeito à capacidade que tem a racionalidade humana de tornar suas próprias decisões.

O princípio da beneficência foi crescentemente sobrepujado os impeditivos para doação, inclusive os religiosos, ficando a sobrevivência humana, portanto, acima da esfera individual. Experiências registradas em diversos países têm demonstrado que o abismo entre a necessidade e a oferta de órgãos para transplante pode diminuir significativamente com programas educativos de esclarecimento e estímulo às doações.

O termo autonomia, de acordo com sua origem grega significa autogoverno referindo-se ao grau de poder da pessoa de tomar decisões que afetam sua vida, sua integridade fisiopsíquica, suas relações sociais. “A pessoa autônoma é aquela que delibera e escolhe seus planos, sendo ainda, capaz de agir com base nessas deliberações” (PESSINI, 2005).

A autonomia refere-se ao indivíduo e sua capacidade de decisão, como também exige da sociedade o respeito a essa decisão. Entendemos que para decidir sobre alguma coisa, são necessários adequados entendimentos e conhecimento do assunto para que o processo de análise seja realizado de forma mais inteirada da realidade reduzindo-se os erros advindos de uma conduta ou atitude insensata, o que muitas vezes é irreversível.

Outro critério da Bioética é o da justiça o qual, obriga a garantir as distribuições justas, eqüitativas e universais dos benefícios dos serviços de saúde. Passa por questões como o exercício da cidadania e direito à saúde (PESSINI, 2005).

Abarcado a esses princípios surgem “o princípio da defesa da vida física refere se ao respeito pela vida, à sua defesa e a sua promoção” e representa o primeiro imperativo ético do homem para consigo e para com os outros. Esse princípio une-se o *de qualidade de vida* entendida como conjunto de condições favoráveis à

expansão e ao desenvolvimento de qualquer ser humano e, neste sentido, promove essa qualidade de vida é exigência moral inegável (CORREIA, 1995).

O princípio da sociabilidade compromete cada pessoa a realizar a si mesma na participação da realização do bem dos próprios semelhantes. E, em relação à vida e a saúde, implica que cada cidadão se empenhe em considerar a própria vida e a dos outros como um bem não somente pessoal, mas também, social e compromete a comunidade na promoção da vida e da saúde de cada um, em promover o bem comum, promovendo o bem de cada um (PESSINI, 2005). Este princípio pode justificar a doação de órgãos, de tecidos e partes para transplante. São ademais, os mesmo princípios que obriga a comunidade a garantir os todos os seus membros os meios de acesso aos cuidados necessários.

A Bioética, que se constitui por forte interdisciplinaridade e transversalidade com respeito às ciências e campos em que a vida e a saúde são tratadas (ANJOS, 1997) “Serve como auxílio na escolha de princípios norteadores dos procedimentos, particularmente nas fases de captação de órgãos de pacientes com morte encefálica e na seleção de pacientes para transplantes”.

Particularmente na área da saúde o novo marco contextual tem contribuindo para o surgimento de reflexões éticas por parte dos profissionais no que diz respeito às situações-dilema. As quais denotam os quanto os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e o quão relevantes são as conseqüências advindas para os indivíduos e a sociedade. O objetivo geral é à busca de benefício e da garantia da integridade do ser humano, tendo como fio condutor o princípio básico da defesa da dignidade humana. Assim servindo de campo para refletir e discutir questões auxiliando as pessoas a tomarem decisões.

Assim, conforme assinala (PESSINI, 2005), “a Bioética atua em uma área comum a diversas disciplinas tratando de problemas que são únicos”. Engloba questões que se referem ao início e fim da vida humana e outras intermediárias, por exemplo: contracepção, aborto, esterilização, doação de órgãos, paciente terminal, eutanásia, suicídio, morte e morrer, código de ética das profissões, transplantes e pena de morte.

Temas referentes ao fim da vida têm possibilitado discussões polêmicas e contraditórias por envolverem um tema tabu na nossa sociedade contemporânea à morte. A determinação do momento da morte tem sido a base para tomada de decisão acerca de questões envolvendo transplantes, eutanásia, condutas em relação a pacientes terminais. Contudo, atualmente existem duas correntes ideológicas, uma defendendo que a morte está instalada quando da cessação das funções cerebrais, e outra argumentando que a morte ocorre quando há cessação das funções encefálicas.

E tem sido alvo de inesgotáveis discussões e reflexões dado o teor das questões que tem abarcado concorrentes a essas áreas. “A Bioética nasce em um contexto de intensas inovações técnico-científicas e em uma sociedade pluralista da qual emergem distintas concepções de vida e diferentes valores éticos” (GARRAFA, 1996).

Dessa forma, a “Bioética Clínica visa aumentar a qualidade desse processo, tornando-o um humano”. Menciona também que regras objetivas são necessárias, mas não suficientes e, portanto, a consideração dos valores é um procedimento importante na tomada de decisões clínicas. Haverá assim um conflito ético quando houver um conflito de valores e a Bioética vai se ocupar da análise dos valores e conflitos de valores; sua preocupação será encontrar procedimentos para manejar o conflito. Nesse sentido, é fundamental saber identificá-lo (GARRAFA, 1996).

A bioética tem como forma de balizar todo o comportamento profissional na área de saúde, a bioética surge tendo por base os princípios que são fundamentais na compreensão do SER HUMANO nas relações que estabelece com o seu contexto. Ao estabelecer este conflito, a equipe, na maioria das vezes, adota uma postura paternalista e autoritária objetivando o tratamento do paciente sem proporcionar a ele o exercício de sua autonomia, traduzido pelo seu querer à luz de seus valores pessoais inerentes à sua existência. O vínculo profissional-paciente é, então, fundamental, pois é o que permitirá o livre acesso ao seu Ser, necessitando, sobretudo que seja autêntico para possibilitar o respeito ao querer do paciente que pode não ser o querer da equipe. Consiste em possibilitar-lhe um espaço para que possa exercer a sua autonomia nessa relação com os profissionais que estão assistindo. Possibilitar tal espaço implica em estar preparada para ouvir a sua

decisão pela não realização do transplante, de determinado tratamento, de determinada intervenção, decisão esta que pode soar absurda para a equipe, mas que diz respeito a um ser humano que possui uma história e um determinado contexto de existência.

As reflexões que expomos são pertinentes ao campo da bioética e trazem à tona a questão das inter-relações entre os profissionais da saúde e os pacientes se, mais explicitamente, referem-se aos critérios da beneficência e da autonomia. As discussões concernentes ao tema bioética vêm se ampliando e começam a se fazer presentes no discurso oficial das profissões da saúde o que evidencia uma crescente preocupação com as implicações desse macro ética nos contextos das práticas de saúde.

As observações vêm ao encontro de nossas vivências no cotidiano dos hospitais. Habitando o mundo do hospital, temos visto que alguns setores concentram um grande arsenal tecnológico, contando com profissionais que possuem grandes conhecimentos técnico-científicos, podendo, portanto, realizar ações que expressam grandes avanços no campo da medicina, possibilitando chances de vida para a pessoa gravemente enferma.

As unidades especializadas como UTIS, unidades coronarianas e unidades de transplantes têm se constituídos na expressão maior de setores, nos quais, ao lado de uma sincronia de trabalho sob a ótica tecnológica, emergem situações conflitantes, quando se consideram perspectivas distintas dos vários humanos aí presentes: pacientes, médicos, enfermeiros, famílias. Assim, em muitos momentos, de forma clara ou velada, há uma colisão em geral de dois princípios bioéticas: o da beneficência e o da autonomia.

Há de salientar a pulsante presença da polar vida-morte, sendo essa uma característica destas unidades e é nesse mundo que se dão a relação da equipe entre si e com o paciente. Os profissionais, de sua parte, estão empenhados em salvar, bem como em possibilitar uma chance de vida aos pacientes, O sentimento de onipotência é forte e procedente em face de tantos avanços e sucessos que vêm se acumulando no âmbito destas unidades. A própria estrutura da saúde, a hospitalar, bem como a sociedade de modo geral espera sempre pelo êxito.

Todavia, nas situações onde esse êxito não é possível, um sentimento de impotência toma conta destes profissionais. Essas situações podem ocorrer, apesar de todo investimento o paciente morre e isto gera sentimentos de luto por parte da equipe. Aprender a lidar com esses sentimentos, mediante um questionamento constante e, às vezes doloroso, de nossos limites enquanto profissional de saúde é imperativo. Contudo, a perspectiva de vida é mais forte e gratifica toda a ação dos profissionais que atuam nestas unidades.

Os pacientes que são atendidos merecem especial atenção da equipe, dado o seu contexto existencial, experienciando a sua finitude uma vez que se encontram gravemente enfermos. As relações da equipe ocorrem mais constantemente com os familiares considerando que os pacientes apresentam condições de interação limitada. Nesse caso, se for necessária à decisão pela continuidade ou não de um tratamento, esta deve basear-se em dados condicionais, ou seja, se o paciente pudesse interagir qual seria a sua decisão, resguardando sua autonomia.

Em unidades de transplante, o paciente vem em busca de uma chance de vida. Ao lado do preparo técnico, farmacológico, através dos quais se possibilitam melhores condições orgânicas para receber uma infusão de medula ou um órgão, é necessária também uma inter-relação sujeito-sujeito que propicie acompanhar o paciente no processo de decisão relativo a realização do transplante. Neste sentido essa unidade tem certa especificidade, pois apesar de ser também um local que dispõe de alta tecnologia, o paciente apresenta condições de participação em seu processo de tratamento e sabe que as possibilidades de cura são limitadas.

O conflito entre beneficência e autonomia torna-se mais evidente uma vez que, de um lado a equipe está empenhada, através do conhecimento técnico-científico e de todo aparato tecnológico que dispõe, ao êxito e este significa proporcionar a vida, por outro lado, o paciente possui seus valores que pertencem ao seu tempo vivido, à sua história e que influenciará no seu processo de decisão por se submeter ou não a um transplante.

É importante, ainda, respeitar o contexto em que se dá a decisão. Ela não ocorre em um momento. Há momentos de decisão que são ambíguos,

contraditórios, conflitivos, porque humanos. A decisão traz consigo a temporalidade como marca da existência humana. Toda decisão será, portanto, temporal.

Assim, uma atitude de zelo, de cuidado, de olhar atento é necessária por parte da equipe, de forma que possa acompanhar o paciente em sua trajetória de decisão, ouvindo-o, esclarecendo-o, sobretudo, respeitando-o. Esta atitude vem ao encontro do pensamento de (HEIDEGGER, 1981) “que evidencia este cuidar, zelar enquanto uma forma de ser-com-os-outros, habitando um mesmo mundo, através das relações. Assim, quando o ser está sendo - com, está zelando, cuidando no sentido de caminhar paralelamente com o outro, compreendendo-o em seu momento existencial”.

Assim, a equipe de enfermagem, dada essa proximidade mais constante com os pacientes, tem a possibilidade de compartilhar de seus anseios em relação a determinados tratamentos e possui um poder paralelo de influência em relação a eles, em nome dos vínculos que se estabelecem. Sob essa perspectiva, a enfermagem pode estar contribuindo com o paciente no exercício de sua autonomia já que é uma área que tem se voltado também para as relações humanas e para uma visão holística do homem. Esta formação de caráter humanístico pressupõe o fornecimento de subsídios para lidar com valores humanos.

*O enfermeiro no desenvolvimento de seu papel profissional vem atuando cada vez mais no processo de captação de órgãos, intervindo basicamente na identificação de doadores, bem como na manutenção hemodinâmica, na constatação e comprovação da morte encefálica, constatação das equipes de transplante e família do doador (BERUSA, 1996).*

É no âmbito das relações humanas que se dá a prática cotidiana da equipe de enfermagem e nelas pode se dar à formação do *sujeito ético* (COHEN e FERRAZ, 1995), em seu estudo, mencionam que essa condição permite ao homem reconhecer os conflitos que representam o significado de estar no mundo, sendo que é a resolução desses conflitos que lhe permitirá auto determinarem-se. Dessa forma, procuram evidenciar que não nascemos éticos, mas que nos tornamos éticos no decorrer de nossas existências.

Acreditamos que o enfermeiro, de posse de um poder não institucional que lhe é conferido pela sua proximidade com o paciente e/ou a sua família, mas sim instituído, pode explicar o conflito velado na relação entre beneficência (médico) e a autonomia (paciente) permitindo-lhe ter consciência de seus direitos enquanto ser humano e paciente, fortalecendo-o e possibilitando o exercício de sua autonomia.

Para a realização de todo processo de doação e captação de órgãos, há necessidade de uma equipe multidisciplinar (Enfermeiros, Médicos, Assistentes Sociais e Psicólogos) especializada. Consciente dos seus limites que devem estar presentes entre o uso da tecnologia e da ética profissional. O profissional de Enfermagem através do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: “Artigo 66º colaborar; direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação, referente ao transplante de órgãos, tecidos, esterilização ou fecundação artificial” (Código de Ética Profissional de Enfermagem).

## **2.2 Aspectos Estruturais das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO)**

Atualmente, a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) indica a destinação dos órgãos, tecidos e partes do corpo humano em estrita observância à ordem de receptores inscritos com compatibilidade para recebê-los. No entanto, não deixam de ser observada a distância e as condições de transporte em relação ao tempo de deslocamento do receptor, ao tempo de isquemia dos órgãos e também aos critérios de urgência. Legalmente, não podem ser transplantados órgãos, tecidos ou partes do corpo humano sem o gerenciamento da CNCDO.

A central de captação de órgãos em sua maioria funciona 24 horas por dia estando disponível para receber, através de ligação telefônica e fax, notificações de presença de pacientes em morte encefálica provenientes de hospitais cadastrados. Além disto, existe uma equipe que realiza busca diária com o objetivo de detectar a presença de potenciais doadores. Esta forma de atuação pode variar de Estado para Estado de acordo com necessidades existente. Porém existem aspectos que são comuns a todas as centrais, aspectos estes referidos no decreto nº 2268 de 30 de junho de 1997 que

regulamenta a Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997 e que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

Embora nos pareça perfeito, o quadro organizacional dos programas de transplante também apresenta sérias barreiras como, por exemplo: falta de infraestrutura hospitalar; problemas organizacionais nos centros de transplante; ausência de organização de procura de órgãos em nível local ou regional. Para auxiliar no desenvolvimento destes programas (GARCIA, 1996) destaca “a necessidade de estabelecimento de políticas hospitalares e criação de coordenadorias de transplante que atuam no auxílio organizacional às equipes de transplante, na assistência durante a remoção de órgãos, no registro de todos os transplantes realizados e na análise de seus resultados”.

A adoção dos critérios de distribuição de órgãos está de acordo com a afirmação de (BERLINGUER e GARRAFA, 2001) “em que somente a inclusão de todos permitiria tornar verdadeiro o princípio da autonomia”, cuja valorização pressupõe que todo indivíduo deva ser colocado em igualdade de condições e oportunidades, para que possa tomar a sua decisão livremente, sem coações oriundas de um desequilíbrio de poderes de influência, de recursos.

Portanto o sucesso dos transplantes depende em grande parte de um manejo clínico adequado do potencial doador; desde sua detecção até o momento de retirada, preservação e distribuição dos órgãos. Não se pode, no entanto, descartar o outro lado da moeda-o receptor, o qual deverá ser selecionado e preparado para o transplante. Como se pode observar existem diversas etapas a percorrer para a conclusão do transplante.

## **2.3 Processo de Doação e Transplante de Órgãos**

### **2.3.1 Detecção do Potencial Doador**

A detecção do potencial doador consiste na fase mais difícil de dinamizar. Torna-se necessário nesta fase fazer um diagnóstico epidemiológico do doador, qual

a causa da morte encefálica e em que enfermaria o paciente está internado, para concentrar esforços nestes locais (LEITE, 1997).

Esta fase, só é possível mediante colaboração de profissionais conscientes, os quais mediante um caso de morte encefálica no setor onde trabalham, deveria comunicar-se com a central de captação para que então pudessem ser. Encaminhadas as demais fases necessárias, por exemplo: certificação da morte encefálica, informação à família e obtenção do consentimento de doação, manutenção do doador, retirada e conservação do órgão, seleção do receptor e o transplante do órgão.

Quando ocorre a comunicação de um potencial doador algumas informações e exames complementares são solicitados a fim de garantir melhor seleção (LEITE, 1997) apresenta primariamente uma lista de exames que considera essencial:

- Nome, idade, peso, altura, sexo e raça;
- Data de admissão, tempo de UTI, tempo de entubação;
- Causa da morte, traumatismos associados, história da parada cardíaca;
- História médica pregressa;
- Sinais vitais;
- Diurese/hora;
- Administração de medicamentos/dose.

Devem ser retirados o baço e alguns órgãos linfáticos para o teste de histocompatibilidade. Ocorre uma necessidade de excluir qualquer fator de risco que possa colocar em dúvida a saúde do órgão, por exemplo, diabetes mellitus, hipertensão e AIDS. Dos exames laboratoriais citados os mais difíceis de serem realizados em tempo hábil são os sorológicos, devendo a cada central de captação de órgãos encontrarem uma solução para que este resultado fique pronto dentro do horário viável.

O doador geralmente são indivíduos jovens, hígidos que evolui para a morte encefálica após traumatismo crânio-encefálico ou AVC. Apesar disto, apenas o diagnóstico de morte encefálica não basta para a utilização dos órgãos. É

necessário saber se este poderá funcionar bem após o transplante e qual o risco de transmissão de doença através deste órgão.

Para isto, alguns critérios gerais devem ser considerados de um doador potencial:

- Idade inferior a 70 anos.
- Ausência de história de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardíaca, neoplasias.
- Não apresentar evidência de infecção generalizada bacteriana e viral.
- Não apresentar uso prévio de drogas.
- Sorologias negativas para HIV, Hepatite B, Hepatite C, doenças de chagas, sífilis e citomegalovírus.
- Ausência de doenças do SNC de causa desconhecida ou incerta.
- 

Além destes critérios gerais, existem outros mais específicos que devem ser considerados de acordo com o órgão a ser transplantado.

### **2.3.2 Conceito e a Certificação da Morte Encefálica no Potencial Doador de Órgãos**

A morte encefálica representa o processo final da progressão da isquemia cerebral que evolui no sentido rastro caudal até envolver regiões do mesencéfalo, ponte e bulbo, culminando com a herniação cerebral através do forâmen magno. O momento que precede a herniação cerebral é marcado por extremas elevações da pressão intracraniana, acompanhada da tríade de Cushing, que representa o esforço final do organismo na tentativa de manter a perfusão cerebral. A falência desse mecanismo promove a progressão da isquemia que, ao atingir o bulbo, interrompe a atividade vagal, levando à resposta autônoma simpática maciça, chamada de "tempestade autonômica". Essa estimulação simpática desenfreada tem curta duração e caracteriza-se por taquicardia, hipertensão, hipertermia e aumento acentuado do débito cardíaco. A gravidade dessas alterações está associada com a velocidade de instalação da hipertensão intracraniana e da herniação cerebral. Subseqüentemente, a tempestade autonômica cessa e o resultado é a perda do

tônus simpático com profundo vaso dilatação e depressão da função cardíaca, que, se não tratadas, devem progredir para assistolia em torno de 72 horas (RECH, 2007).

Portanto entende que o diagnóstico clínico de morte encefálica é feito através da análise médica dos achados ao exame físico e do eventual recurso a exames complementares (obrigatórios pela legislação brasileira).

Uma vez estabelecida à causa do coma, que possa ser registrada e que tenha caráter de irreversibilidade deverão ser realizados exames clínicos para detectar a ausência de função cerebral. O início do exame clínico deverá ser em um paciente hemodinamicamente instável. “Logo todos os recursos de terapia disponíveis devem ser empregados para adequação hemodinâmica”. Deve se afastar as situações de hipotensão grave, hipotermia, alterações metabólicas e o uso de sedativos ou bloqueadores da junção neuromuscular, que podem alterar a avaliação do exame neurológico comprometendo o diagnóstico (VILBOR, 2007).

O exame clínico deve ser repetido em no mínimo duas ocasiões, preferencialmente por dois médicos diferentes em intervalos de tempo de no mínimo seis horas. Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão de mostrar de forma inequívoca.

- a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,
- b) ausência de atividade metabólica ou,
- c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme as seguintes especificações:

- a) acima de dois anos um dos exames complementares anteriormente mencionados;
- b) de um a dois anos incompletos: serão necessários dois exames de eletroencefalogramas com intervalo de 12 horas entre um e outro;
- c) de dois meses a um ano incompleto: dois eletros encefalograma com intervalo de 24 horas entre um e outro;
- d) de sete dias a dois meses incompletos: dois eletros encefalograma com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Em pacientes acima de dois anos idade é necessária apenas a realização de um exame complementar, de escolha facultativa. O exame clínico consiste em uma “tríade diagnóstica”: coma profundo ir reativo e aperitivo, ausência de reflexos de tronco encefálico e constatação da apnéia .

### **2.3.3 Seleções do Receptor de Órgãos para Transplante**

A crescente demanda por órgãos tem levado ao uso de doadores marginais. Contra indicações absolutas à doação de órgãos incluem infecção pelo vírus HIV e HLTV; infecções virais sistêmicas, como sarampo, encefalite herpética; tuberculose pulmonar e neoplasias.

Doenças malignas impedem a doação de órgãos, com exceção de cânceres de pele não melanoma e alguns tumores primários do sistema nervoso central (SNC). Metástase de tumores primários do sistema nervoso central é rara, mas bem documentadas. Alguns tumores são de alto risco para metástases e a sua ocorrência deve excluir o uso de órgãos, como meduloblastoma, ependimoma, gliossarcoma, meningioma de alto grau, astrocitoma anaplásico e cordoma.

Sorologias positivas para hepatite B e C são contra-indicações relativas para o uso de órgãos de doadores cadavéricos. A presença de Hbcag+ representa a presença de DNA viral no sangue e infecção. Nessa situação, a hepatite B será transmitida para o receptor.

Sepse e choque séptico não inviabilizam a doação, de órgãos, desde que o doador esteja recebendo antibiótico. O transplante de órgãos de doadores sépticos tem resultados tão bons quanto os de órgãos de doadores sem infecção, tanto em relação à morbidade. Num estudo com 268 doadores, não houve nenhum caso em que a bactéria isolada no sangue dos doadores fosse a mesma encontrada nas culturas dos receptores. Fungemia também não é critério para a exclusão de doadores.

Todos os órgãos disponíveis para transplante provenientes de doador cadáver são distribuídos pela Central de Captação, segundo os seguintes critérios técnicos: compatibilidade imunológica (compatibilidade ABO, prova cruzada, tipagem

HLA, anticorpos reativos anti HLA) tempo de lista de espera, prioridade clínica e idade.

Os candidatos a receptores de transplante com rim de cadáver são inscritos em lista única e selecionados de acordo com a ordem de inscrição na lista levando em consideração a compatibilidade doador receptor.

“O pré-operatório destes pacientes tem caráter de emergência, assim como a cirúrgica a que será submetido. O paciente é convocado para UTR onde imediatamente inicia o preparo” (SANTOS, 1991).

Art. 24<sup>o</sup> A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será autorizada após a realização, no doador de todos os testes para diagnóstico de infecção e afecções, principalmente, em relação ao sangue, observando-se, quanto a este inclusive os exigidos na triagem para doação segundo dispõe a lei n 7649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo (BRASIL, 1997).

#### **2.3.4 Preservação e Retirada dos Órgãos para Transplante**

Além do conhecimento da técnica cirúrgica, é necessário um bom relacionamento entre as equipes cirúrgicas envolvidas, de modo a garantir a viabilidade dos órgãos. A retirada é realizada no centro cirúrgico. Durante o transporte e no centro cirúrgico são adotadas medidas necessárias para manutenção do doador.

Os detalhes da cirurgia variam, porém certos pontos são de consenso: incisão ampla, exposição das conexões vasculares de todos os órgãos a serem retirados enquanto o coração ainda estiver batendo, colocação de cânulas para perfusão in situ, remoção dos órgãos com manutenção da perfusão e retirada seqüencial: coração, fígado, rins, córneos e tecidos músculo-esquelético (Manual de Transplantes do Paraná, 1996).

A preservação, em especial de órgãos de cadáver; permite o tempo necessário após a remoção, para que se completem os estudos de

histocompatibilidade, a seleção dos receptores, o transporte do enxerto e adequada preparação do receptor: quanto menor o tempo de preservação, maior a chance de êxito do transplante (D' AVILA, 1996).

A equipe de procura e captação de órgãos praticamente termina seu trabalho frente ao doador; quando o cadáver é levado ao centro-cirúrgico (FREGONESI, 1997).

### **2.3.5 Entrevista da Família para Obtenção de Órgãos para Transplante**

Esta abordagem deverá ser feita com dois objetivos: 1) esclarecer a família sobre o conceito de morte encefálica e 2) pedir o consentimento sobre a doação de órgãos. Isto se faz necessário devido à recusa de muitas famílias em aceitar a doação. Devido a todas as barreiras encontradas é de fundamental importância a escolha do profissional que fará a abordagem. Ele deve ter facilidades de se expressar, com o uso de termos compatíveis à família; deve ter conhecimentos de todas as fases do processo de doação e sua duração; deve ter sensibilidade e respeito ao momento vivenciado pela família.

Devem-se levar em consideração alguns outros aspectos: ambiente adequado, momento adequado e encaminhamento da família ao profissional responsável pelos termos burocráticos, por exemplo: atestado de óbito, o qual de acordo com o livro O atestado de óbito, deverá no caso de morte encefálica, necessariamente ser assinada por um médico representante da Diretoria da Clínica, além do neurologista clínico ou do neurocirurgião responsável pela avaliação, depois de preenchidas as condições exigidas pela Resolução do CFM nº 148097 (LAURENTI e MELO 1996).

## **2.4 Atuação dos Profissionais de Saúde**

No processo de captação de órgãos deve haver um entrosamento multiprofissional para que as fases deste processo se concretizem. Cada um com suas responsabilidades técnicas e éticas e grau de importância que lhe cabe, colaborando de maneira integral. Para (BERUSA, 1996) “o enfermeiro no desenvolvimento de seu papel profissional vem atuando cada vez mais no processo de captação de órgãos, intervindo basicamente na identificação de doadores, bem

como na manutenção hemodinâmica, na constatação de morte encefálica, constatação das equipes de transplantes e família do doador”. Enfim vem exercendo funções indispensáveis ao andamento do processo. Todo este desenvolvimento profissional do enfermeiro encontra respaldado na legislação que rege a profissão. Levando em consideração o presente contexto, de acordo com a Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 que “dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, cabe ao enfermeiro”.

Art. 11º Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Para fundamentar ainda mais a sua atuação, é de responsabilidade do enfermeiro de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem:

Art. 18º Manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Cabem-lhe ainda alguns deveres como os mencionados a seguir:

Art. 21º Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 32º Respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte.

Para fazer cumprir o referido no art. 21º, é proibido ao enfermeiro:

Art. 46º Promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.

Art. 57º Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa humana.

Art. 66º Colaborar, direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação, referente ao transplante de órgãos, tecidos, esterilização ou fecundação artificial.

Estando o enfermeiro ciente de sua responsabilidade profissional conseguirá exercer suas atividades no processo de captação de órgãos de maneira a promover uma assistência de qualidade. Qualidade esta que é definida por diversos autores, citados por (CIANCARULLO, 1997) como característica ou atributo de algo: excelência, superioridade, nível ou grau de excelência; como uma característica essencial do cuidado no contexto de uma graduação de mérito e como padrão ou nível a alcançar.

## **2.5 Assistência de Enfermagem na Manutenção Fisiológica do Potencial Doador**

Sabe-se que a morte encefálica pode causar múltiplos efeitos deletérios sobre o organismo, resultando em instabilidade cardiovascular, alterações metabólicas e hipoperfusão tecidual. É importante que se tenha um amplo conhecimento destas possíveis complicações, possibilitando o reconhecimento precoce e conseqüente manuseio para a preservação dos órgãos.

A assistência de enfermagem deve atender as necessidades fisiológicas básicas do potencial doador e, dentre todos os cuidados, os mais relevantes são a manutenção de cabeceira elevada a 30 graus, mudanças de decúbito e aspiração das secreções pulmonares. Pressão arterial, freqüência cardíaca, temperatura e oximetria de pulso devem ser mensuradas continuamente. As medidas da pressão venosa central (PVC), do débito, da densidade urinaria e da glicemia capilar, devem ser realizadas a cada hora. O uso de cobertores e de fluidos aquecidos ajuda a prevenir a diminuição da temperatura. Dietas por via enteral devem ser mantidas. Existem evidencias de que oferecer nutrientes a órgãos específicos pode melhorar a função dos enxertos nos receptores. Isso tem maior relevância quando se trata de fígado e intestino (RECH, 2007).

O objetivo básico na manutenção do potencial doador pode ser resumido na regra dos 10/100 (Caldeira, 2005):

- Hemoglobina > 10g/dl
- Pressão venosa central (PVC) > 10mmhg
- Pressão arterial sistólica > 100mmhg

- Dopamina < 10mg/kg/min.
- Débito urinário > 100 ml/hora
- Pao<sub>2</sub> > 100mmhg

É de responsabilidade dos enfermeiros da equipe realizar o controle de todos os dados hemodinâmico do potencial doador. Para isso é necessário que este enfermeiro esteja atualizado seus conhecimentos a respeito das repercussões fisiopatológicas próprias da morte encefálica, da monitorização hemodinâmica, e repercussões hemodinâmicas, advindas da reposição volêmica e administração de drogas vasoativas (ARAÚJO, 2005).

É recomendado um controle hídrico rigoroso, pois é baseado neste, que as atitudes terapêuticas serão tomadas. Além disso, as drogas vasoativas deverão ser rigorosamente controladas, de acordo com a resposta hemodinâmica. Atentar-se ao paciente em uso de nitroprussiato de sódio, pois seu gotejamento deve ser rigorosamente controlado e a pressão arterial deve ser estar monitorizada, de maneira invasiva ou não, por um membro da equipe de enfermagem deverá controlar a pressão arterial continuamente.

A reposição volêmica deverá ser realizada através de uma veia calibrosa periférica, lembrando que as drogas vasoativas devem ser administradas em veias centrais, sempre se utilizando veias exclusivas, evitando-se o uso concomitante de medicações e / ou reposição volêmica rápida pelas mesmas.

A hipoglicemia deve ser controlada realizando-se as dosagens seriadas de glicose sanguínea. Se isto não for possível, o enfermeiro deve orientar a equipe a realizar controle de glicemia capilar, no mínimo, de quatro em quatro horas. Se houver persistência do distúrbio, os intervalos de controle devem ser diminuídos. O controle dos distúrbios hidreletrolíticos também deve ser realizado através de dosagem seriada dos eletrolíticos e o enfermeiro deve estar atento a qualquer alteração. A equipe deve estar atenta a qualquer distúrbio da coagulação. Estas alterações podem se manifestar através de sinais menores, como mudança da coloração da diurese (hematúria), gengivorragias ou sangramentos persistentes em locais de punção vasculares (GUETTI e MARQUES, 2007).

Precauções universais devem ser tomadas para impedir as complicações infecciosas. A monitorização eletrocardiografia deve ser realizada com o intuito de se detectar presença de arritmias, para uma possível intervenção o mais precocemente possível.

A manutenção do potencial doador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, a detecção precoce e manuseio imediato das principais complicações advindas da morte encefálica para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis.

O enfermeiro deve estar capacitado a identificar tais alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipe de saúde, possa instituir medidas terapêuticas adequadas.

### 3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

#### 3.1 *Tipo do Estudo*

Este é um estudo do tipo descritivo-exploratório, pois como afirma POLIT, BECK e HUNGLER (2004) além de descrever o fenômeno, ele investiga sua natureza complexa e outros fatores com os quais ele está relacionado, de maneira a desvendar as manifestações desse fenômeno.

As subjetividades nos mais diferentes espaços de relações humanas compõem um vasto campo ainda pouco conhecido para a comunidade científica. Atualmente, este campo vem sendo mais intensamente explorado através de pesquisas qualitativas, uma vez que o nível profundo da experiência humana não é passível de mensuração. Apesar de não existir dicotomia entre objetividades e subjetividades, entre o concreto e o abstrato, pois se complementam na realidade dos fenômenos; para fins de investigação, os aspectos subjetivos foram evidenciados com a abordagem qualitativa. Esta opção foi delineada pelo próprio desenho do objeto no qual a atuação do enfermeiro constitui alvo de interesse, certamente sem negar a influência intrínseca das objetividades nessa experiência relacional.

O principal interesse dos pesquisadores qualitativos é na tipificação da variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial. As maneiras como as pessoas se relacionam com os objetos no seu campo vivencial, sua relação sujeito-objeto, é observada através de conceitos e opiniões, atitudes, sentimento, explicações, estereótipos, crenças, identidades, ideologias, discurso, cosmovisões, hábitos e práticas (BAUER; GASKELL, 2003).

Este mundo vivencial refere-se a um contexto de vida no qual os seres humanos estabelecem relações entre si e com seu ambiente, dinamicamente, extraindo experiências e atribuindo-lhe significados ao longo do cotidiano. No caso particular deste estudo, o objeto descreveu um mundo vivencial, pouco revelado na literatura, tendo ainda muitas facetas por conhecer e compreender. E, apesar desta pesquisa não ter a pretensão de esgotar o assunto, até porque isso seria impossível

dada à dimensão singular das experiências humanas, se decidiu a explorar curiosamente o mundo vivencial na relação entre enfermeiro e o potencial doador de órgãos para transplantes.

DEZIN e LINCOLN (2005) As pesquisas qualitativas envolvem a utilização de estudos e coleção de uma variedade de materiais empíricos de experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevista, artefatos, textos e produções culturais, observação, histórias, interações e textos visuais, dentre outros. De posse desses materiais empíricos, o pesquisador qualitativo pode descrever rotinas, momentos problemáticos ou significados individuais da vida dos sujeitos.

### **3.2 Caminho Percorrido**

A fase de exploração de campo obedeceu a passos definidos em quatro etapas como propostas por Minayo (1992), a saber:

- A opção pelo espaço da pesquisa;
- A constituição do grupo de pesquisa;
- A escolha dos critérios de amostragem;
- O estabelecimento de estratégia de entrada em campo.

O esclarecimento detalha-se cada uma dessa etapa, a fim de demarcar melhor o território e os sujeitos investigados.

A pesquisa foi desenvolvida junto a enfermeiros da unidade de terapia intensiva de um hospital militar localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro, de referência ao atendimento a pacientes graves. A demanda da clientela se configura no atendimento à militares da ativa, militares da reserva e seus dependentes.

Os sujeitos, investigação, foram selecionados pela técnica de amostragem de acordo com as considerações de Hulley (2001). Ou seja, a sua distribuição foi realizada da seguinte forma: 8 enfermeiros da unidade de terapia intensiva.

### **3.3 Obtenção dos Dados**

Atendendo às exigências da Resolução 196/96 e em consonância com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (HMND / MB), além do termo de autorização da diretoria responsável pela instituição implicada.

Cumprir registrar, ainda, que os sujeitos que concordaram em participar, leram e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi assegurado também aos participantes que os dados coletados nas informações concedidas nos depoimentos serão veiculados apenas para fins científicos, mantendo-se a preservação da identidade.

Por fim, cabe ressaltar que para o desenvolvimento do estudo, a pesquisadora foi responsável pela coleta e análise dos dados, não havendo nenhum ônus financeiro para a instituição e para os participantes da pesquisa.

A rigorosidade ética que conduziu a realização desta pesquisa foi embasada na beneficência, autonomia e justiça que se constituem nos três critérios da bioética contemporânea. Pautar minha atuação como enfermeira e pesquisadora nestes princípios bioéticos foi uma forma de orientar minha conduta, imprimindo a ela valores e princípios morais. “Estes, por sua vez, devem estar comprometidos principalmente com a qualidade de vida e com a proteção da dignidade da pessoa humana” (SHIRATORI, 2004).

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi à entrevista, contendo no seu roteiro perguntas abertas e fechadas, algumas feitas no sentido de traçar o perfil dos sujeitos, tal como sexo e idade, o tempo de formação e de experiência profissional, e o setor de atuação profissional. Outras foram repensadas com o objetivo de buscar o entendimento que os enfermeiros possuem acerca do conceito de morte encefálica e seu diagnóstico, como as fases da manutenção do doador de órgãos para transplante como o conhecimento dos aspectos legais da doação de órgãos e transplante e saber como esses enfermeiros atuam durante esse processo de doação e transplante.

Assim sendo os dados foram produzidos no período do segundo semestre de 2008 ao primeiro semestre de 2009. Que após tomarem conhecimento da pesquisa pela leitura do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de concordar em participar de estudo, as entrevistas foram realizadas conforme agendamento com os enfermeiros, num espaço reservado e tranqüilo garantido a privacidade necessária. Vale ressaltar que todos os sujeitos captados se mostraram dispostos e desejosos de participar, tornando o discurso bastante produtivo para a pesquisa. A duração das entrevistas variou entre 30 a 40 minutos. Os depoimentos dos sujeitos foram gravados em fitas magnéticas para transcrição. Após a transcrição dos depoimentos as fitas se encontram guardadas em poder das pesquisadoras.

A entrevista além de técnica possui a dimensão de um processo social no qual entrevistados e entrevistador estão envolvidos e cooperam na construção de conhecimento, cada qual com suas particularidades. É um processo de interação no qual as palavras são o principal meio de partilha, de troca de idéias, de significados e percepções, onde várias realidades são exploradas e desenvolvidas. É uma tarefa comum a ambos, onde lidam com sentidos e sentimentos sobre o mundo e sobre os acontecimentos. A entrevista em profundidade explora cuidadosa e detalhadamente a cosmovisão pessoal do entrevistado. As perguntas são semi abertas realizadas face-a-face, e o convidam a falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir (BAUER; GASKELL, 2003).

A entrevista enquanto técnica principal de produção de dados para este estudo permite aprofundar as questões relacionadas à atuação do enfermeiro no cuidado da manutenção fisiológica do paciente com morte encefálica, bem como seu conhecimento relacionado ao processo ético e legal que circundam o processo de doação de órgãos e transplantes.

A captação de sujeitos cessou com base no critério de saturação de dados, ou seja, quando os temas comuns começaram a se repetir constantemente, ao mesmo tempo em que novas surpresas ou percepções não mais apareciam. Neste ponto de saturação, houve uma confiança crescente de minha parte, enquanto pesquisadora, na compreensão emergente do fenômeno (BAUER; GASKELL, 2003).

Merece destaque o fato de que a superação dos desafios só foi possível mediante ao apoio direto das enfermeiras com as quais eu trabalhei durante a coleta dos dados, da equipe de chefia / coordenação de enfermagem e dos incentivos e confiança por parte da minha orientadora. Isto, por sua vez, me remete ao movimento de mudanças que a pesquisa possibilitou na instituição e nas pessoas que trabalham com pacientes com o diagnóstico de morte encefálica, bem como minha própria visão, enquanto enfermeira e pesquisadora. Logo, tais desafios, que inicialmente me pareciam barreiras ao desenvolvimento da pesquisa, se tornaram “frutos” a colher durante e mesmo após o término deste estudo, tornando o trabalho de campo enriquecedor apesar das vicissitudes.

Os dados foram analisados de acordo com a frequência de sua aparição nas respostas. Para a sua pertinente apreciação, optamos pela análise temática dos discursos, uma tipificação de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004), e a conseqüente construção das idéias nucleares, por meio do processo de categorização temática.

A Análise de Conteúdo definida por Bardin (2004) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Portanto, em pesquisas qualitativas como esta, que se servem principalmente de dados obtidos nas narrativas/discursos coletadas por entrevista, os mesmos são preservados em sua forma textual e analisados de modo a compor categorias analíticas. A análise por categorias é uma das técnicas de análise de conteúdos mais utilizadas, sendo baseada na decodificação do texto em diversos elementos que posteriormente agrupados por semelhança ou dados afins se fundem e compõem as categorias. A análise temática é uma destas técnicas que permite a categorização através da contagem dos temas. Estes são palavras ou frases que formam unidades de codificação, ou seja, de significação ou ainda de sentido para o objeto analítico visado. Eles podem conter em si mesmos, dimensões variáveis e complexas (BARDIN, 2004).

Neste estudo, essa modalidade temática da Análise de Conteúdo, o processamento dos dados seguiu as etapas recomendadas por Bardin (2004); pré-análise, a exploração do material, o tratamento e interpretação dos resultados.

Nesse sentido, na primeira etapa pré-análise Bardin (2004) ressalta que o pesquisador deverá analisar exaustivamente sua fonte. Ele tem a liberdade para extrair tudo que lhe for conveniente, desde que mantenha coerência com o assunto tratado.

A pré-análise consistiu na leitura dos dados. As oito entrevistas foram previamente transcritas de forma literal gerando várias páginas, recebendo sua identificação como enfermeira (E1; E2).

Após essa preparação inicial dos dados brutos, passei a me aprofundar nos discursos através de várias leituras, a fim de dar início a uma apropriação dos conteúdos mais gerais. Essas leituras foram guiadas pela retomada constante dos objetivos ao pensamento e à realidade dessa fase da pesquisa. Nessa aproximação pré-analítica com os textos, foi possível estabelecer como tema os momentos significativos e as interações afetivas. Foram compreendidos como qualquer vivência objetiva ou subjetiva destacada pelo enfermeiro durante o processo de manutenção e diagnóstico de morte encefálica do potencial doador de órgãos.

### ***3.4 Caracterização dos Enfermeiros Nesta Investigação***

É importante salientar que utilizamos como critério de inclusão e/ou exclusão os setores de internação hospitalar e os cuidados específicos realizados nesses setores. O interesse focal recaiu sobre setor de terapia intensiva, onde se encontra enfermeiro que tem pacientes que necessitam de cuidados especializados e onde se encontra a maior demanda de pacientes com o diagnóstico de morte encefálica.

Os enfermeiros que participaram da pesquisa condizem com profissionais atuantes no setor de terapia intensiva dessa unidade hospitalar. O universo da pesquisa corresponde, portanto 90% do sexo feminino e 10% de sexo masculino.

Com relação à idade, as mais jovens declinam 26 anos de vida e mais velha diz estar com 46 anos. Trata-se de uma amostra bastante homogênea quanto à idade. Os enfermeiros participantes da pesquisa se encontram na unidade de terapia intensiva.

Em relação ao tempo de formação constatamos que quatro (4) tem mais de dez (10) anos de formados que representa 60% da amostra, 30% estão distribuídas entre 6 a 8 anos e 10% se encontram entre 4 e 6 anos. Portanto, trata-se de uma amostra constituída de enfermeiros com experiência em cuidar bastante significativa, quando associamos essa variável à qualificação dos sujeitos como se pode verificar. Com relação à titulação dos enfermeiros constituintes da amostra, a maioria é representada por cinco (5) enfermeiros especialistas equivalente a 70% da amostragem, seguida de dois (2) enfermeiros com título de mestre e um (1) com o título de doutor.

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Compreender a ligação profissional entre enfermeiros e pacientes como um processo dinâmico, contínuo e singular constitui-se numa premissa básica para atuar no cuidado de enfermagem ao paciente com morte encefálica. Processo dinâmico, por não possuir fases estanque, contínuo por se dar ao longo do cuidado, compondo a dimensão do existir humano e, por fim, singular, porque cada pessoa imprime suas próprias peculiaridades em suas relações com o outro.

Para aqueles que cuidam de pacientes graves que vivenciam a morte encefálica, a doação de órgãos e o transplante, é preciso se desprender de pré-conceitos ou aquelas costumeiras formulações que enquadram esses pacientes. Daí a importância de não realizar pré-julgamentos e acolher as singularidades na interação entre enfermeiras e pacientes.

Essa é uma das grandes aprendizagens que tive durante a pesquisa. Precisei me desprender dos pré-conceitos que tinha, das formulações, dos comportamentos que esperava para olhar a realidade que se desdobrava na primeira etapa. Isto me permitiu descobrir que quando falamos em ligação entre enfermeira e paciente, falamos dos 'altos e baixos' da vida, de desejos, dificuldades, perdas, sucesso, enfim, de tantos outros aspectos que compõem a história do ser humano.

As categorias deste estudo descrevem esses 'alto e baixos' que os enfermeiros dessa pesquisa vivenciaram, em situações adversas. Os dados são surpreendentemente reveladores dessa dimensão. Diante destes pressupostos foram constituídas quatro categorias de análise: 1) Conceituando a Morte Encefálica e o seu Diagnóstico. 2) Vivenciando as Fases da Manutenção do Potencial Doador de órgãos. 3) Aspectos Legais Relacionados à Doação de órgãos. 4) Conflitos Vivenciados pelo Enfermeiro no Processo de Doação de Órgãos.

##### **Categoria 1 - Conceituando a Morte Encefálica e o seu Diagnóstico.**

Os relatos dos enfermeiros apontam para o conhecimento do conceito de morte encefálica e as etapas que direcionam ao seu diagnóstico.

A morte encefálica é um processo complexo que altera de forma dramática a fisiologia e a bioquímica celulares de todos os sistemas orgânicos. A síndrome clínica da morte encefálica produz mudanças bruscas na temperatura, na pressão arterial, distúrbios eletrolíticos e hormonais. É um estado inflamatório que leva a perturbações celulares e moleculares, capazes de afetar a função dos órgãos potencialmente disponíveis para transplante. (RECH, 2007).

Quanto ao conceito dado ao diagnóstico de morte encefálica, um enfermeiro assinala que uma das causas que desencadeia esse diagnóstico se deve ao déficit de oxigênio no cérebro.

*(...) a morte encefálica decorre da falta de oxigenação cerebral adequada (E 4).*

A morte encefálica por falta de oxigenação pode ser avaliada através da monitorização de oximetria de bulbo jugular, a extração cerebral de oxigênio consiste na diferença entre saturação arterial de oxigênio e saturação venosa do bulbo jugular, onde os valores normais estão entre 24 e 42 %. Valores abaixo de 10% sugerem morte cerebral. (GUETTI, 2007).

Assim nessa pesquisa entre os oitos entrevistados dois relatam que a morte encefálica se apresenta como uma lesão cerebral irreversível o que determina uma ausência de atividade cerebral que pode ser visualizada no eletroencefalograma.

*(...) a morte encefálica determina que o paciente apresenta uma lesão cerebral irreversível (E 7).*

*(...) a morte encefálica indica que o paciente apresenta ausência de atividade cerebral (E 3).*

A ausência de atividade elétrica no eletroencefalograma contínua a ser a observação auxiliar mais comumente citada no estabelecimento da morte encefálica. Não se detecta atividade elétrica acima de 2V/mm com filtros ajustados para 70Hz e 0,1 a 0,3 durante pelo menos 30 minutos. As primeiras limitações dão pelo

surgimento de interferências em ambientes como as UTIS e à persistência de atividade elétrica residual em alguns pacientes. (GUETTI, 2007).

Relatos abaixo são notáveis os conhecimentos detalhados das etapas que devem ser percorridos durante o processo de confirmação da morte encefálica.

*(...) o eletroencefalograma que determina a morte cerebral (E 9).*

*(...) devem ser realizados dois exames neurológicos com o intervalo de 6 horas cada (E 8).*

O exame clínico deve ser repetido em no mínimo duas ocasiões, preferencialmente por dois médicos diferentes em intervalos de tempo de no mínimo seis horas. Os exames complementares a serem observados para constatação da morte encefálica deverão se mostrar de forma inequívoca. Ausência de atividade cerebral, ausência de atividade metabólica e/ou ausência de perfusão sangüínea (VILBOR, 2007).

A bioética, que constitui interdisciplinaridade e transversalidade em respeito às ciências e campos em que a vida e a saúde são tratadas. Serve como auxílio na escolha de princípios norteadores dos procedimentos, particularmente nas fases de manutenção, captação de órgãos de pacientes com morte encefálica e na seleção de pacientes para transplante (ANJOS, 1997).

## **Categoria 2 - Vivenciando as Fases da Manutenção do Potencial Doador de Órgãos.**

Os entrevistados relatam que o cuidado ao doador é prestado para promover a manutenção hemodinâmica e possibilitar que ele se torne um doador efetivo, pois ele é fonte de esperança para alguém que aguarda um transplante. O cuidado é dado ao doador para beneficiar uma outra pessoa assim, o doador é um meio para determinado fim. Esta visão utilitarista move o enfermeiro, dando sentido ao seu trabalho.

*(...) ele se torna muito importante não para mim, mas para alguém que precisa de um órgão para continuar a viver. Então dou o meu melhor nos cuidados que estou prestando (E 7).*

*(...) quando um paciente internado no meu setor tem confirmado o diagnóstico de morte cerebral, imediatamente assumo esse paciente permitindo através do meu cuidado e do meu conhecimento, que os seus órgãos sejam viáveis para o transplante (E 5).*

Os entrevistados também relatam nas suas falas a sua preocupação com as alterações hemodinâmicas que o corpo sofre após a ocorrência da morte encefálica.

*(...) a manutenção hemodinâmica do paciente deve ser rigorosa, pois a eficácia desse cuidado se obtém órgãos saudáveis (E 8).*

A manutenção da estabilidade hemodinâmica é de fundamental importância para a viabilidade dos órgãos. Isso está bem evidente, tanto que se sabe que a captação do rim é maior quando o coração e rins são captados juntos.

Assim as alterações hemodinâmicas são observadas durante estas alterações na fase inicial ocorre diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca devida à atividade parassimpático secundária a liberação das catecolaminas. Quando a isquemia atinge o tronco encefálico ocorre ativação simpática secundária ao acometimento vagal cárdiomotor na ponte (medula oblonga) com intensa elevação da pressão arterial decorre da descarga adrenérgica, o reflexo de cushing. (D' IMPÉRIO, 2007).

Dentre os cuidados primordiais da enfermagem a observação dos sinais vitais é o principal elemento para um cuidado adequado.

*(...) os cuidados relacionados com os sinais vitais do doador, é a primeira fase do processo (E 1).*

A hipotensão arterial é a alteração fisiopatológica mais freqüente na morte encefálica. A vasodilatação produz grande aumento da capacitância do sistema vascular, produzindo hipovolemia relativa. A hipovolemia absoluta é conseqüência das perdas sanguíneas pelo trauma, da reanimação inadequada do doador, do uso de tratamento osmótico para hipertensão intracraniana, dos diabetes insipidus, além da diurese osmótica causada pela hiperglicemia e dos efeitos da hipotermia sobre a diurese. (RECH, 2007).

A regulação hipotalâmica da temperatura é perdida com a morte encefálica. A vasodilatação extrema típica da síndrome, associada à inabilidade de tremer para produzir calor, além da infusão de grandes volumes de fluídos não aquecidos, resulta em diminuição de temperatura de forma rápida. A hipotermia induz diversos efeitos deletérios como disfunção cardíaca, disritmias, coagulopatias, desvio da curva de dissociação da hemoglobina para a esquerda e diurese induzida pelo frio. (GUETTI, 2007).

Outro cuidado relatado durante as entrevistas é a monitorização cardíaca, sendo essa monitorização importante para que a doação e o transplante ocorram de forma adequada.

*(...) a monitorização cardíaca e oximetria de pulso devem ser mensuradas continuamente. Como as medidas da PVC e do débito urinário (E 4).*

A intensa liberação de catecolaminas durante a descarga autonômica produz grande vasoconstrição, que acarreta hipertensão arterial, taquicardia e aumento da demanda de oxigênio do miocárdio, podendo causar isquemia e necrose miocárdica, além de disritmias cardíacas. A morte encefálica associa-se às disfunções sistólica diastólica do coração. Ao exame ecocardiográfico, até 43% dos corações dos doadores com morte encefálica revelam algum grau de disfunção. Pode ocorrer diminuição da função de ejeção e um mosaico de anormalidades de movimentos da parede miocárdica. Alterações da contratilidade segmentar identificadas por ecocardiografia não podem ser consideradas irreversíveis, não predizendo disfunção miocárdica em pacientes submetidos a transplante cardíaco. (RECH, 2007).

*(...) a monitorização da função cardíaca deve ser meticulosa, para que não ocorra nenhum dano que dificulte o transplante (E 2).*

Sendo assim os potenciais doadores devem ser submetidos a uma avaliação inicial com ecocardiograma. Os pacientes que já receberam volume adequadamente, nos quais os índices de perfusão permanecem inadequados e a fração de ejeção é menor que 45% devem ser avaliados quanto à colocação de cateter de artéria pulmonar para guiar o manuseio hemodinâmico. A adequada interpretação das medidas obtidas pode orientar a administração de volumes e fármacos vasoativos especialmente em candidatos à doação de coração e pulmão.

No relato de um enfermeiro ele afirma a sua preocupação para que os exames laboratoriais necessários para a viabilização da doação sejam realizados o mais rapidamente, evitando assim que os prazos para realização dos outros exames ultrapassem seus prazos de validação.

*(...) me preocupo com a coleta dos materiais para que os exames sejam realizados rapidamente (E 6).*

A coleta de material para exames laboratoriais, incluindo hemograma, plaquetas, uréia, creatinina, potássio, sódio, gasometria arterial e prova de coagulação, devem ser feitas regulamente de acordo com os protocolos estabelecidos. A tipagem sanguínea deve ser feita rapidamente, assim como o radiograma de tórax e o eletrocardiograma.

### **Categoria 3 - Os Aspectos Legais Relacionados à Doação de Órgãos.**

Os enfermeiros demonstram durante as suas falas a proximidade com a legislação vigente no País.

*(...) a legislação em vigor no País determina que a família indique a doação ou não dos órgãos para transplante (E 2).*

O Conselho Federal de Medicina no uso de suas atribuições conferidas pela Lei 3268 de 30 de setembro de 1957. Considerando a Lei 9434 de 04 de fevereiro de 1997, determina em seu artigo 3<sup>o</sup> que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para o diagnóstico de morte encefálica.

Art. 1<sup>o</sup> “a morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos complementares durante intervalos de tempos variáveis, próprios para determinadas faixas etárias” (BRASIL, 1997).

Entre os depoimentos um dos enfermeiros afirma o seu cuidado em comunicar imediatamente a confirmação de morte encefálica a Central de Transplantes, que tem como função primordial contactar a família para a autorização da doação e comunicar e preparar os receptores para o transplante.

*(...) quando tenho um paciente com morte encefálica confirmada, comunico imediatamente a central de transplantes (E 1).*

Art. 13<sup>o</sup> “é obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde, notificar às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos” (BRASIL, 1997).

*(...) a família é quem autoriza a doação, porém se tiver algum registro em cartório informando a vontade de ser doador. Então, não cabe mais a família a autorização (E 7).*

Em outubro de 1998 a Medida Provisória 1718 acrescentou ao artigo 4<sup>o</sup> da Lei 9434 um novo parágrafo que estabeleceu que na ausência de manifestação de vontade da pessoa, colocando-se como potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o conjugue poderia manifestar-se contrariamente à doação, devendo esta decisão ser acatada pelas equipes de remoção e transplante.

*(...) a autorização da doação só pode ser realizada após a confirmação da morte encefálica (E 4).*

Dentre os depoimentos o que mais me chamou atenção foi à afirmação que a viabilização dos órgãos para o transplante é uma responsabilidade da equipe de saúde, como determina a Resolução COFEN 292/2004.

*(...) a viabilização dos órgãos para transplante e de responsabilidade da equipe de saúde (E 8).*

A Resolução COFEN 292/2004 considera que a assistência de enfermagem prestada ao doador de órgãos tem como objetivo a viabilização dos órgãos para transplante e com a necessidade de permanência do doador em unidade de terapia intensiva, até a retirada dos órgãos.

Art. 1<sup>o</sup> ao enfermeiro incube planejar, executar, coordenar, supervisionar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos.

#### **Categoria 4 – Conflitos Vivenciados pelo Enfermeiro no Processo de Doação de Órgãos.**

Os entrevistados relatam que ao fazer vínculo com familiares e vivenciar o sofrimento, também sofrem. Passam a ter medo de que algo aconteça com alguém que amam. Acompanham continuamente as famílias diante da perda, isso faz com que se sintam cansados, esgotados e manifestem sentimento de tristeza, apontando para necessidade de suporte emocional a fim de que re-signifiquem esses sentimentos.

*(...) a gente sofre, eu fico com medo de tudo. Tenho medo de perder tudo, quando sinto esse medo tento desviar o meu pensamento (E 4).*

A situação de vida/morte gera sofrimento na equipe de enfermagem, principalmente pelo caráter humano desse trabalho, e em que o envolvimento afetivo com as pessoas assistidas é inevitável (MARTINS, 2000).

O profissional de enfermagem necessita e deve se envolver afetivamente com o paciente e outras pessoas, se deseja manter uma relação autêntica, pois o

envolvimento é vital na relação terapêutica, uma vez que promove empatia e permite que o profissional conheça melhor o paciente e atenda as suas necessidades, sem prejudicar sua atuação em determinados momentos (LUNAR 2001).

Uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros que atuam com o processo de doação de órgãos para lidar com o sofrimento vivenciado em seu processo de trabalho. Uma das estratégias é cuidar do doador como se ele não estivesse em morte encefálica, buscando dar uma assistência que seja adequada. Paralelamente, vem buscando não se envolver “muito” nessa prestação de assistência, mantendo certa distância. Colocando uma barreira para poder continuar o cuidado, para não ficarem deprimidos. A empatia colocar-se no lugar do outro, tão incentivado durante a formação acadêmica, parece insuportável nesta situação. Por fim, as enfermeiras ainda destacam o sentimento de alívio ao fim do processo, com a sensação de “missão cumprida”.

*(...) muitas vezes, a gente não se envolve com a família para não pegar muita carga negativa, cada abordagem que você faz, sai com a cabeça pesada, você sai pesado de uma abordagem. Então é bom você ficar um pouco distante daquele monte de sentimentos (E 1).*

A separação e a perda são experiências universais, particulares, peculiares e individuais, companheiras constantes na vida do ser humano e ninguém podem afirmar que nunca as viveu. É uma das experiências mais dolorosas e frustrantes vividas pelo homem e leva as instalações do processo de luto (KOVACS, 1996).

Os enfermeiros percebem que seu trabalho é extremamente dignificante, por estar fazendo um bem, algo bom que pode qualificar vidas. Considera-se importante nesse processo, pois pode possibilitar ao doador um fim digno e, à família, mais informação e conforto.

*(...) então, o que me faz ficar tranqüila é saber que eu estou fazendo meu trabalho da melhor maneira possível, e sem entrar em paranóia de só trabalhar com a morte. E de saber que assim, antes de tudo, estou trabalhando com ser humano e*

*como eu acredito que o espírito ia não está mais ali e que eu estou cuidando mais da família. De repente, do que do próprio corpo daquele paciente, então isso me alivia mais. Que se eu não acreditasse nisso, que eu estou fazendo o bem, que se está dando tudo certo é porque tem alguma coisa espiritual de Deus que está permitindo aquilo tudo, então isso me alivia (E2).*

Nos discursos os enfermeiros expressam que a idéia de doação está associada ao ato de amor ao próximo, desprendimento e permissão para que a vida continue e se tenha uma segunda chance de vida. As idéias de questionamento contidas na descrição desta categoria estão associada às falas que contradizem esse pensamento, que a doação nem sempre gera vida ou é um ato de solidariedade.

*(...) a doação, para mim, significa solidariedade e desprendimento. Eu acho que uma família que concorda com a doação, é uma família extremamente desprendida do ponto de vista da matéria. É uma família extremamente solidária. Então, é solidariedade, desprendimento e, assim amor ao próximo, isso para mim é o significado da doação (E 3).*

Trata o significado da doação de órgãos como possibilidade de uma segunda vida aos pacientes que aguardam por um transplante, dando a chance de uma vida melhor, com mais dignidade, para alguém que quer viver.

*(...) doação de órgãos é uma segunda vida. Esses pacientes que estão na fila do transplante esperando por um órgão para entrarem novamente na sociedade, (...) eu acho a doação de órgãos tem um papel de importância para dar uma chance de vida para essas pessoas (E 2).*

Em síntese, dos discursos emergiram que doar envolve coragem, seguida por um sentimento de desprendimento da matéria, para alguns a doação pode possibilitar uma segunda chance de vida, ou ainda, expressar significados

controversos de vida e morte, pois a doação e transplante nem sempre garante a sobrevivência e a qualidade de vida do transplantado.

Remetendo ao princípio da sociabilidade que compromete cada pessoa a realizar a si mesma na participação da realização do bem dos próprios semelhantes. E, em relação à vida e a saúde, implica que cada cidadão se empenhe em considerar a própria vida e dos outros com um bem não somente pessoal, mas também social e compromete a sociedade na promoção da vida e da saúde de cada um, em promover o bem comum, promovendo o bem de cada um (PESSINI, 2005).

Acredita-se que isso seja muito difícil, e que se depender da tecnologia, a morte continuará sempre a ser a ferida irreparável; pois, o homem é movido por seus sentimentos, e assim, a morte sempre surge como brecha desumana no mais profundo do seu ser

Também durante as entrevistas surgiu nas falas dos depoentes que o relacionamento com a família do doador, é uma experiência complexa e de enorme sofrimento. Inicialmente pela diversidade de reações que a família apresenta como raiva, tristeza. Reconhecem a delicadeza e o respeito necessário a este momento, sendo de grande do aos familiares, sofrem porque entendem que nesta situação precisam desempenhar seu papel profissional. Falam da necessidade de estabelecer sintonia com a família, para desenvolver uma relação de confiança; ponto que reconhecido como fundamental para conseguir o aceite da doação, já que é a família, muitas vezes, vê o processo com desconfiança pelo desconhecimento do conceito de morte encefálica e pelo fato de não aceitar a morte. Todos os enfermeiros afirmam que estar com a família é o momento mais difícil do processo, gerador de grande estresse, mesmo que se trabalhe na área há algum tempo.

*(...) quando se tem à confirmação da morte encefálica, ocorre à fase mais difícil do processo pedir a autorização da família (E 7).*

*(...) quando cuidamos de um paciente e é confirmada a morte encefálica, se torna difícil lidar com isso (E 3).*

*(...) e muito difícil lidar com a família nesse momento de dor, mas temos que ser firmes, pois outros pacientes precisam desses órgãos para continuar vivendo. Isso depende de como vamos sensibilizar a família a autorizar a doação (E 5).*

No processo de trabalho dos enfermeiros diversas situações são relatadas e lidar com a família do doador, pois percebem as diferentes reações dos familiares enlutados e necessitam solicitar a doação naquele momento. Consideram também que estar com a família é o momento mais difícil do processo de captação, pois estão diante do sofrimento dos familiares e precisam desempenhar seu papel profissional por meio da solicitação da doação.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de iniciar as considerações finais, com nas categorias emergentes a partir das respostas de oito (8) enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva, consideramos importante lembrar que, na presente pesquisa, tivemos os objetivos de: Descrever a atuação do enfermeiro no processo de manutenção do potencial doador de órgãos para transplante; Identificar o conhecimento do enfermeiro sobre as diretrizes para o conceito de morte encefálica e, Caracterizar o conhecimento do enfermeiro sobre os aspectos legais do processo de doação de órgãos para transplante. Cumpre-nos adiantar que os objetivos foram alcançados.

A abordagem metodológica atendeu ao objeto proposto assim como a seus objetivos, pois favoreceu que os sujeitos, respondentes da investigação expusessem livremente suas respostas acerca do assunto.

O mesmo ocorreu com o referencial teórico, pois utilizamos referências sobre doação de órgãos e transplante que pudessem conduzir o pensamento e proporcionar a construção de um conceito sobre doação de órgãos e transplante a partir das falas dos sujeitos vivenciando situações complexas em relação ao cuidado ao potencial doador de órgãos.

A partir da análise das entrevistas ficou evidenciado nos depoimentos dos enfermeiros que o conhecimento do conceito de morte encefálica, baseia-se nas causas fisiopatológicas e bioquímicas que desencadeiam este fenômeno e também apontam com clareza quais exames clínicos são realizados para o diagnóstico e confirmação da morte encefálica.

Alguns relatos direcionam o cuidado para uma efetiva manutenção hemodinâmica, em que se encontra um olhar mais direcionado para uma adequada perfusão arterial monitorização cardíaca e sinais vitais. Verificou-se que em um dos relatos a coleta de materiais para os exames laboratoriais se torna prioridade para o processo de doação.

Verificou-se também, que a manutenção do potencial doador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, pleno conhecimento de todas as

formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, detecção precoce e manuseio imediato das principais complicações advindas da morte encefálica para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis.

Observou-se durante os depoimentos que todas as enfermeiras demonstram ter conhecimento e procuram atualizar-se no que concerne as alterações da atual legislação em vigor no País, informando corretamente que a família do doador é quem autoriza doação dos órgãos para transplante. Em um dos relatos ficou evidente o conhecimento sobre a Lei COFEN 292/2004, que considera que a assistência de enfermagem prestada ao doador de órgãos tem como objetivo fundamental à viabilização desses órgãos para transplante.

O processo de doação está permeado por conflitos, relacionados: solidariedade, desprendimento, à representação do corpo, a relação ente corpo e espírito do doador; o significado de pessoa. Desta forma, a bioética apresenta-se como um caminho que deve possibilitar desvelar os significados para uma ação consciente, visto que a bioética tem em seus fundamentos a reflexão dos valores, que se expressam no agir humano, e assim, propõe que os profissionais resignifiquem conceitos e sentimentos ao vivenciar a perda e o sofrimento humano.

O estudo também demonstrou que estar com a família do potencial doador é um grande cenário de conflito vivenciado pelo enfermeiro sendo referido que esse é o momento mais difícil e estressante de todo o processo. Nesse instante, o profissional encontra-se diante de um dilema: respeitar a dor da perda dos familiares ou solicitar a doação dos órgãos, pois considera que o pedido da doação, naquele momento, poderá ser agressivo ao familiar, gerando incertezas quanto à validade do processo de doação.

O potencial doador de órgãos é visto como um meio e não um fim em si mesmo; o profissional atribui-lhe importância pelo fato de congregar órgãos e tecidos que serão viáveis para que sejam utilizados por outras pessoas. O doador não é uma “pessoa” pela sua condição de morto, porém os profissionais em nenhum momento referem-se a ele como um morto, cadáver ou “coisa”. Talvez seja pelo fato do corpo não representar a finitude do ser e, sim, congregar dimensões ontológicas

da pessoa. O profissional cuida de uma “pessoa” que possui funções fisiológicas sendo preservadas vivas e os familiares conferem ao morto o status de vivo, que dificulta compreender o doador como um cadáver.

Os enfermeiros afirmam que cuidar do doador como se não tivesse morrido, apontando para um comportamento de negação da morte. Vários estudos reforçam esse comportamento por parte dos profissionais diante da morte do outro. Pode-se concluir que trabalhar com a morte e o morrer não imuniza o profissional do sentimento de pesar. Fica explícito que não existe neutralidade no cuidar, mesmo diante do morto; o corpo representa uma série de significados para o profissional, e desta forma, pode haver vínculo.

Pela carência de investigações desta natureza ou, semelhante a esta, principalmente, em âmbito nacional, entendemos que esta dissertação pode ser considerada como partida para a construção de um conhecimento específico de enfermagem. não só no crivo hospitalar, mas em qualquer contexto em que o cuidado de enfermagem seja necessário para a promoção e manutenção da saúde do ser humano.

No âmbito das contribuições desta dissertação existe, desde já, a pretensão de dar continuidade a este estudo, entendendo que poderá contribuir para subsídios para a enfermagem. Nesse sentido, vislumbramos perspectivas de continuidade da investigação.

## 6. REFERÊNCIAS

- ANJOS MF. **Bioética: abrangências e dinamismo**. Mundo Saúde. 1997; 21(1): 4-12.
- ARAÚJO S, Cintra EA, BACHEGA EB. **Manutenção do potencial doador de órgãos**. In: Cintra EA, NISHIDE VIVI, Nunes WA. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Ateneu; 2005 p.56-443.
- ASSOCIAÇÃO de MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Morte Encefálica. Curso de imersão em terapia intensiva neurológica**
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplante**. Reg. Bras Transpl 2006;12(2): 28-31.
- BARALDI S, Silva MJP. **Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo de morte-morrer**. Rev. Nursing, 2000 Maio; 3(24): 14-7.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2000.
- BAUER, M. W; GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- BERUSA, Ana Aparecida; Riccio, Grazia Maria. **Trabalho em equipe: Instrumento básico de enfermagem**. São Paulo: Ateneu, 1996 p. 75-98.
- BERLINGUER, G; Garrafa V. **O mercado humano**. Brasília. Editora Universidade de Brasília; 2001.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética da humana - compaixão pela terra**. Editoras Vozes, 14<sup>o</sup> edição, 2004.
- BRASIL. Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997. **Remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo para fins de transplante e tratamento**. Disponível em <HTTP://www.Ufrgs.Br/ufrgs>. Acessado em março de 2007.
- BRASIL, **Decreto Lei nº 2268 de 30 de junho de 1997**. Regulamentam a Lei nº 9434 sobre a doação de órgãos no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1997 jul, 123 (99): 6110.
- BRASIL, **Medida Provisória nº 1718 de seis de outubro de 1998**. Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9434 de quatro de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 07 de out. De 1998. Disponível em <HTTP://www.Ufrgs.Br/ufrgs>. Acessado em março de 2007.
- BRASIL, **Lei nº 10211 de 23 de março de 2001**. Alteram os dispositivos da Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e

partes do corpo para fins de transplante e tratamento. Disponível em: <[HTTP://www.Ufrgs.Br/ufrgs](http://www.Ufrgs.Br/ufrgs)>. Acessado em março de 2007.

CALDEIRA Filho M, Westphal GA. **Manual prático de medicina intensiva**. (São Paulo SP): Segmento; 2005.

CIANCIARULLO, TAMARA Iwanow. **A qualidade na enfermagem**. Teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone, 1997 p. 15-20.

COHEN, C; FERRAZ, F.C. **Direitos os ou ética das relações**. In: SERGE, M; COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1995p. 37-49.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**.

CORREIA FA. **Alguns desafios atuais da Bioética**. Revista Eclesiástica Brasileira, Petrópolis (RJ) 1995; 55; 64-85.

COIMBRA CG. **Apnéia na morte encefálica**. São Paulo (SP) UNIFESP; 2001(citado em 26 set 2007) Disponível em : [url:http://www.unife.sp.br/dneuro/apnea.htm](http://www.unife.sp.br/dneuro/apnea.htm)

COSTA, J.C; LIMA R.A.G. **Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança no processo de morte e morrer**. Revista Latino Americana, 2005, mar/abr 151-157.

CRUZ, A.C; MENDES, M.T.R. **Estrutura e apresentações de projetos, trabalhos acadêmicos, dissertações e teses**. Editora Interciência. 2007.

CLOTET, J. **Pôr que bioética?** Revista Bioética , v 1, n 1 p.13-19. 1993.

D'AVILA, Domingos. **Preservação de Órgãos**. In : PEREIRA, Walter. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Medsi, 1996 p. 103-114.

DEZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. (orgs.) **The sage handbook of qualitative research**. 3. ed. Thousand Oaks, Califórnia (EUA): Sage Publications, 2005.

D' IMPÉRIO F. **Mortes encefálicas, cuidadas ao doador de órgãos e transplantados de pulmão**. RBTI 2007; p.74-84.

ELIAS N. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: 2001.

FERREIRA, Ubirajara. **Funcionamento da Central de Captação de Órgãos. Captação de Órgãos para Transplante**. São Paulo: Gráfica e Editora Tecla Tipo, 1997 p. 200-207.

FREGONESI, Adriano e COLS. **Retirada de Múltiplos Órgãos**. In: **Captação de Órgãos para Transplante** / Ubirajara Ferreira (coord). São Paulo. Gráfica e Editora Tecla Tipo, 1997. p. 152-164.

- GARRAFA, Volnei. **Aspectos Bioéticas dos transplantes**. PEREIRA, Walter. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Medsi, 1996 p. 369-381.
- GARCIA, Walter Duro. **Procura de órgãos**. PEREIRA, Walter. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Medsi, 1996 p. 369-381.
- GARRAFA V, Medina JOP. **Bioética do transplante**. In: Garcia VD, Abbud Filho M, Neumann J, Medina JOP. **Transplante de órgãos e tecidos**. 2<sup>o</sup> Ed. São Paulo: Sarvier; 2006. P.60-75.
- GARRAFA, V. **Da Bioética de princípios a uma bioética interventiva**. *Bioética*. 2005; 13 (1): 125-36.
- GUETTI, RN; MARQUES, IR. **Assistência de Enfermagem ao Potencial Doador de órgãos em Morte Encefálica**. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V.61, N.1, Dez 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br>> acesso em 29 dez 2008.
- HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**, Parte I , tradução de Márcia de Sá Cavalcante, Petrópolis, vozes 1981, todo o sexto capítulo, dedicado à cura do cuidado, parágrafos 39-44, p. 243-300.
- HULLEY S. B. **Delineando a pesquisa clínica, uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre; Artemed, 2001.
- KNOBEL E. **Condutas ao paciente grave**. 2 ed. São Paulo (SP): Atheneu: 1998
- KOVÁCS MJ. **Morte e desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo Editora; 1992.
- LAURENTI, Ruy; MELLO, Maria Helena. **O atestado de óbito**. São Paulo: 1996. p. 87.
- LEMES, Maria Madalena Del Duqui e BASTOS Marisa Antonini Ribeiro. **A manutenção cuidada das potenciais de órgão de doadores: estudo etnográfico sobre a experiência de uma equipe de enfermagem**. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília. V.15, n. cinco, out 2007. Disponível em <<http://www.Scielo.Br>> acesso em 29 dez 2008.
- LEITE, GB. **Detecção do potencial doador de órgãos**. São Paulo: Gráfica e editora Tecla Tipo, 1997, p. 44-54.
- LIMA AAF. **Sufrimento e contradição: o significado da morte, do morrer e da humanização para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante**. [dissertação de mestrado] São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2006.

- LUNAR WDF, SULZBACH RC, NUNES AC, LUNARDI VL. **Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer.** Texto e contexto enfermagem 2001 set/dez; 10(3): 60-81.
- MARTINS J.J. **O processo de morte e morrer: relatando a vivência dos trabalhadores de enfermagem de uma UTI diante desse acontecimento.** Revista saúde 2000; 19(2): 28-34.
- MENDES AC, Silva JV. DALARI SG. **Bioética e direito; aspectos da disciplina legal dos transplantes.** Bioética, São Paulo 1993; 1(2) 191-93.
- MENEZES EA, Souza MFB, Baruzzi RM, Prado MM, Garrafa V. **Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e doação de órgãos de um hospital público do Distrito Federal.** In: Garrafa V, Cordón J. **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje.** São Paulo: Global-Gaia; 2006. P. 123-36.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.** 2 Ed. São Paulo/ Rio de Janeiro; HUCITEC/ABRASCO, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96** Brasília (DF); 1996.12f. Disponível em URL: <HTTP://www.Ufrgs.Br/hcpa/gppg/res19696.Htm>. Acessado em Abril de 2007.
- MORIN, E. **O homem e a morte.** Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- MORIN, E. **As grandes questões do nosso tempo.** 4 ed. Lisboa : Editorial Noticias, 1996.
- PESSINI, L. **Fundamentos da Bioética.** Editora Paulus; 2005.
- PEREIRA, Araci Carmem. **O ethos da enfermagem. O “ethos da enfermagem: aspectos fenomenológicos para uma fundação de ontologia da enfermagem”.** Rio de Janeiro, 1983 p. 69-87.
- POLIT D. HUNGLER B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem,** Porta Alegre; Atlas Médicas; 2004.
- RECH TH, Rodrigues Filho EM. **Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos.** RBTI 2007; p.197-204.
- SAM D. S. **Parada cerebral, parada cardíaca e incertezas na definição de morte.** Revista Latina Americana, vol. 83, Porto Alegre, mar/abr 2007.
- SANTOS, Benedita Ribeiro dos. **Transplante renal com doador cadáver.** In: - **enfermagem em unidade de transplante renal.** São Paulo: Sarvier, 1991. p. 22-28.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ - Central de Transplantes do Paraná. **Manual de Transplantes Paraná** 1995-1996. P.153.

SILVA, R.C.L.; DA SILVA, C.R.L. **Atuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem (CTI)**. Editora Yendis; 2006.

SHIRATORI, K. et al. **Bioética e tecnociência: uma reflexão para a enfermagem**. In: FIGUEREDO, N. M. A. de. (org). **Tecnologias e técnicas em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2004.

SILVA, A. M; SILVA M. J. P; **A Preparação do Graduando de Enfermagem para Abordar o Tema Morte e Doação de Órgãos**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out./dez. 2007. Disponível em <[http://www. Scielo. Br](http://www.Scielo.Br), acesso em 29 dez. 2008.

VILBOR RA. **Diagnóstico de morte encefálica. Curso de formação de coordenadores intra-hospitalar de transplante**. São Paulo (SP): ABTO; 2007.

VARGAS, M. A; RAMOS F. R. S; **A Morte Cerebral como o Presente para a Vida: Explorando Práticas Culturais Contemporâneas**. Florianópolis, v. 15, n. 1 fev. 2006. Disponível em <[http://www. Scielo.Br](http://www.Scielo.Br), acesso em 29 dez. 2008.

VAZ AF, Silva AM, Assmann JS. **O corpo como limite**. IN: Carvalho IM, Rúbia K. Educação Física e Ciências Humanas. São Paulo: *HUCITEC*; 2001 p. 77-88.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) entrevistado (a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa nesta instituição denominada ENFERMEIROS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO DE POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE. Informamos que esse estudo pretende conhecer a atuação do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos para transplante. Os objetivos são: 1) Descrever a atuação do enfermeiro no processo de manutenção de órgãos para transplante; 2) Identificar o conhecimento do enfermeiro sobre as diretrizes para o conceito de morte encefálica; 3) Caracterizar o conhecimento do enfermeiro sobre os aspectos legais sobre o processo de doação de órgãos para transplante.

Assim durante a pesquisa será realizada uma entrevista com gravação de voz em local reservado. Solicitamos sua autorização para participar da pesquisa e asseguramos que o (a) senhor (a) tem total liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar desta pesquisa, sem que isto represente qualquer tipo de prejuízo. Também tem a garantia de receber informações sobre o estudo, esclarecimento e orientação com relação a qualquer dúvida que tenha. Seus depoimentos serão usados para fins de estudo, portanto, seus nomes verdadeiros não serão citados em nenhum momento, para lhe garantir sigilo, ou seja, que você não tenha sua identificação pessoal reconhecida. Não haverá gastado financeiros de sua parte em nenhuma fase relacionada ao estudo, pois os mesmos serão custeados pela autora. Sua participação e o preenchimento deste documento são fundamentais para a realização desta pesquisa que pretende contribuir para a melhoria da assistência.

Agradecemos antecipadamente sua atenção.

Pesquisadoras:

Enfermeira Carla Reis Moreira da Silva \_\_\_\_\_

Orientadora Enedina Soares \_\_\_\_\_

Carla Reis Moreira da Silva / tel. 98376169  
Email: enfermeiracarlarmsilva@.ig.com.br

### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ concordo voluntariamente, a participar da pesquisa descrita, nas condições do termo acima. Autorizo que meus depoimentos sejam utilizados para fins de estudo e divulgação de seus respectivos resultados no meio acadêmico (eventos e/ou publicações), tendo garantido meu anonimato.

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

Assinatura do (a) participante:

\_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista.

Nome:

Idade:

Sexo:

Setor:

Tempo de formação:

Especialização profissional:

1. O que você sabe sobre o conceito de morte encefálica e o seu diagnóstico?
2. Quais as fases do processo de manutenção fisiológica do potencial doador de órgãos em que você atua?
3. O que você entende sobre os aspectos legais da doação e transplante de órgãos?
4. Como você lida com o processo de doação de órgãos?

**LEI Nº 9.434, DE 04 DE FEVEREIRO DE 1997.**

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

**O PRESEDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Capítulo I  
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou pós-morte, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma da Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o esperma e o óvulo.

Art. 2º A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema único de Saúde.

Parágrafo único. A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após realização, no doador; de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigido para a triagem de sangue para doação, segundo dispõem a Lei n 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

## Capítulo II

### DA DISPOSIÇÃO POST MORTEM DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE.

Art. 3<sup>o</sup> A retirada pós-morte 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.

1§ Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os lados dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os artigos. Dois parágrafos único, quatro e seus parágrafos; 5, 7, 9, 2, 4,6 e oito; e 10, quando couber, e detalhado os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2 por um período mínimo de cinco anos.

2§ As instituições referidas no art. 2 enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

3 § Serão admitidas à presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Art. 4 Salvo manifestações de vontade em contrário, nos termos desta Lei, presume-se autorizada à doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplante ou terapêutico pós mor tem.

1§ A expressão “não doador de órgãos e tecidos” deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável, na Carteira de Identificação Civil e na Carteira de Nacional Habilitação da pessoa que optar por essa condição.

2 § A gravação de que trata este artigo será obrigatória em todo o território nacional a todos os órgãos de identificação civil e departamento de trânsito, decorridos trinta dias da publicação desta Lei.

3 § O portador de Carteira de Identidade Civil ou de Carteira Nacional de Habilitação emitida até a data que se refere o parágrafo anterior poderá manifestar sua vontade de não doar tecidos, órgãos ou partes do corpo após a morte, comparecendo ao órgão oficial de identificação civil ou departamento de trânsito e procedendo à gravação da expressão “não doados de órgãos e tecidos”.

4 § A manifestação de vontade feita na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação poderá ser reformulada a qualquer momento, registrando-se no documento a nova declaração de vontade.

5 § No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes, quanto à condição de doador ou não, do morto prevalecerá cuja emissão for mais recente.

Art. 5<sup>o</sup> A remoção pós mor tem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais ou por seus responsáveis legais.

Art. 6<sup>o</sup> É vedada à remoção pós mor têm de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de pessoas não identificadas.

Art. 7<sup>o</sup> (VETADO)

Parágrafo único. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necropsia.

Art. 8<sup>o</sup> Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento.

## Capítulo IV DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 10<sup>o</sup> Os transplantes ou enxertos só se farão com o consentimento expresso do receptor, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos dos procedimentos.

Parágrafo único. Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento de que este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 11<sup>o</sup> É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social, de anúncio que configure.

a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades.

b) apelo público no sentido da doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para pessoas determinadas, identificadas ou não, ressalvo o disposto no parágrafo único;

c) apelo público para arrecadação de fundos para financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema Único de Saúde realização periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

Art. 12<sup>o</sup> (VETADO)

Art. 13<sup>o</sup> É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feita em pacientes por eles atendidos.

Capítulo V  
DAS SANÇÕES PENAIIS E ADMISTRATIVAS  
Seção I  
Dos Crimes

Art. 14<sup>o</sup> Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, desacordo com as disposições desta Lei:

Pena – reclusão, de dois a seis anos, e multa, de 100 a 360 dias-multa.

1§ Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe:

Pena – reclusão, de três a oito anos, e multa, de 1000 a 150 dias-multa.

Art. 15<sup>o</sup> Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena – reclusão, de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa.

Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou auferir qualquer vantagem com a transação.

Art. 16<sup>o</sup> Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tenha ciência ter sido obtido em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena – de reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

Art. 17<sup>o</sup> Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência ter sido obtido em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena – reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

Art. 18<sup>o</sup> Realizar transplante ou enxerto em desacordo com disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

Pena – detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 19<sup>o</sup> Deixar de recompor cadáver; devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

Pena – detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 20<sup>o</sup> Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto no art. 11<sup>o</sup>:

Pena – multa, de 100 a 200 dias – multa.

## Seção II Das Sanções Administrativas

Art. 21<sup>o</sup> No caso dos crimes previstos nos artigos. 14<sup>o</sup>, 15<sup>o</sup>, 16<sup>o</sup> e 17<sup>o</sup>, o estabelecimento de saúde e as equipes médico-cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizadas temporárias ou permanentes pelas autoridades competentes.

1 § Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem o direito a qualquer indenização ou compensação por investimentos realizados.

2 § Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas, bem como se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

Art. 22<sup>o</sup> As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3<sup>o</sup>, 1<sup>o</sup>, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, ao órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde, está sujeitas à multa, de 100 a 200 dias-multa.

1§ Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13<sup>o</sup>.

2 § Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

Art. 23<sup>o</sup> Se sujeita às penas do art. 59 da Lei n<sup>o</sup> 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11<sup>o</sup>.

**DECRETO Nº 2.268, DE 30 DE JUNHO DE 1997.**

Regulamenta a Lei nº 9.434, de quatro de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o dispositivo na Lei nº 9.434, de quatro de fevereiro de 1997.

DECRETA:

**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano e sua aplicação em transplantes, enxertos ou outra finalidade terapêutica, nos termos da Lei nº 9.434, de quatro de fevereiro de 1997, observará o disposto neste Decreto.

Parágrafo único. Não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este Decreto o sangue, o esperma e o óvulo.

**Capítulo I****DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE – SNT****Secção I****Da estrutural**

Art. 2º Fica organizado o Sistema Nacional de Transplante – SNT, que desenvolverá o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidade terapêutica.

Parágrafo único. O SNT tem como âmbito de intervenção as atividades de conhecimento de morte encefálica verificada em qualquer ponto de território nacional e a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retiradas.

Art. 3º Integram o SNT.

- I – O Ministério da Saúde
- II – As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes;
- III – As Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes;
- VI – Os estabelecimentos hospitalares autorizados;
- V – a rede de serviços necessários à realização de transplantes.

## Seção II Do Órgão Central

Art. 4<sup>o</sup> O Ministério da Saúde, por intermédio de unidade própria, prevista em sua estrutura regimental, exercerá as funções de órgãos centrais do SNT, cabendo-lhe, especificamente:

- I – coordenar as atividades de que trata o Decreto;
- II – expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos neste Decreto e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolva;
- III – gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com as suas condições orgânicas;
- IV – autorizar estabelecimento de saúde de equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes;
- V – avaliar o desempenho do SNT, mediante análise de relatórios recebidos dos órgãos estaduais e municipais que o integram;
- VI – articular-se com todos os integrantes do SNT para a identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento;
- VII – difundir informações e iniciativas bem sucedidas, no âmbito do SNT, e promover intercâmbio com o exterior sobre atividades de transplantes;
- VIII – credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, de que trata a Seção IV deste Capítulo;
- IX – indicar, dentre os órgãos mencionados no inciso anterior, aquele de vinculação dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, que tenha autorizado, com sede e exercício em Estado, onde ainda não se encontre

estruturado ou tenha sido cancelado ou desativado o serviço, ressalvado o disposto nos três do artigo seguinte.

### Seção III Do Órgão Central

Art. 5º As Secretarias de Saúde dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios ou órgãos equivalentes, para que se integrem ao SNT; deverão instituir, na respectiva estrutura organizacional, unidade com perfil e as funções indicadas na Seção seguinte.

1§ Instituída a unidade referida neste artigo, a Secretaria de Saúde, a que se vincular, solicitará ao órgão central o seu credenciamento junto ao SNT, assumindo os encargos que lhes são próprios, após deferimento.

2 § O credenciamento será concedido por prazo indeterminado, sujeito a cancelamento, em caso de desarticulação com o SNT.

3 § Os Estados poderão estabelecer mecanismos de cooperação para o desenvolvimento em comum das atividades de que trata este Decreto, sob coordenação de qualquer unidade integrante do SNT.

### Seção IV Das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos-CNCDO

Art. 6º As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDO serão as unidades executivas das atividades do SNT, afetas do Poder Público, como prevista neste decreto. (Manual de Transplantes do Paraná, 1996, p.153).

Art. 7º Incumbe as CNCDO as seguintes atividades:

- I – coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual;
- II – promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e parte disponíveis de que necessite;

III – classificar os receptores e agrupá-los segundo as indicações do inciso anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-se-lhes o necessário comprovante;

IV – comunicar ao órgão central do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;

V – receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje à retirada dos tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação;

VI – determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retirados ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observado o disposto no inciso III desse artigo e em instruções ou regulamentos técnicos, expedidos na forma do artigo 28<sup>o</sup> deste Decreto;

VII – notificar o órgão central do SNT de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seus registros, para utilização dentre os relacionados na lista nacional;

VIII – encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação;

IX – exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este Decreto;

X – aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei n<sup>o</sup> 9434 de 30 de junho de 1997;

XI – suspender, cautelar mente, pelo prazo máximo de sessenta dias, estabelecimentos e equipes especializadas no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido se, pelos indícios conhecidos, houver fundado razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;

XII – comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no inciso dois do art. 21<sup>o</sup> da Lei n<sup>o</sup> 9434 de 30 de junho de 1997, e cancelamento, se for o caso, da autorização concedida;

XIII – acionar o Ministério Público do Estado e outras instituições públicas competentes, para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua atuação.

Capítulo II  
Seção I  
Das Condições Gerais e Comuns

Art. 8<sup>o</sup> A retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados prévios e expressamente autorizadas pelo Ministério de Saúde.

1 § O pedido de autorização poderá ser formulado para uma ou mais atividades de que trata este regulamento, podendo restringir-se a tecidos, órgãos ou partes especificados.

2 § A autorização será concedida, distintamente, para estabelecimentos de saúde, equipes especializadas de retirada e de transplantes ou enxerto.

3 § Os membros de uma equipe especializada poderão integrar a de outra, desde que nominalmente identificados na relação de ambas, assim como atuar em qualquer estabelecimento de saúde autorizado para os fins deste Decreto.

4 § Os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas firmarão compromisso no pedido de autorização de que se sujeitam à fiscalização e ao controle do Poder Público, facilitando o acesso de seus agentes credenciados a instalações, equipamentos e prontuários, observados, quanto a este a necessária habilitação, em face do caráter sigiloso destes documentos, conforme for estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

5 § A autorização terá validade pelo prazo de dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos verificados a observância dos requisitos estabelecidos nas Seções seguintes.

6 § A renovação deverá ser requerida sessenta dias antes do término de sua vigência se prorrogado automaticamente a autorização anterior até a manifestação definitiva do Ministério da Saúde.

7 § Os pedidos formulados depois do prazo fixado no parágrafo precedente sujeitam-se à manifestação ali prevista, ficando sem eficácia a autorização a partir da data de expiração de sua vigência e até a decisão sobre o pedido de renovação.

8 § Salvo motivo de força maior, devidamente justificado, a decisão de que trata os incisos seis e sete será tomada no prazo de até sessenta dias, a contar do pedido de renovação, sob pena de responsabilidade administrativa.

## Seção II

### Dos Estabelecimentos de Saúde

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde deverão contar com serviços e instalações adequados à execução de retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, atendidas, no mínimo, as seguintes exigências, comprovadas no requerimento de autorização:

I – atos constitutivos, com indicação de representação da instituição, em juízo ou fora dele;

II – ato de designação e posse da diretoria;

III – equipes especializadas de retirada, transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratuais ou funcionais, autorizadas na forma da seção III deste Capítulo;

IV – disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;

V – condições necessárias de ambientação e de infra-estrutura operacional;

VI – capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;

VII – instrumental e equipamento indispensável ao desenvolvimento da atividade a que se proponha.

1 § A transferência de propriedade, a modificação da razão social e a alteração das equipes especializadas por outros profissionais, igualmente autorizados, na forma da Seção seguinte, quando comunicadas no decêndio posterior à sua ocorrência, não prejudicam a validade da autorização concedida.

2 § O estabelecimento de saúde, autorizado na forma deste artigo, só poderá realizar transplante, se em caráter permanente, observar o disposto no um do artigo seguinte.

### Seção III Das Equipes Especializadas

Art. 10<sup>o</sup> A composição das equipes especializadas será determinada em função do procedimento, mediante integração de profissionais autorizados na forma desta Seção.

1 § Será exigível, no caso de transplante, a definição, em número e habilitação de profissionais necessários à realização do procedimento, não podendo a equipe funcionar na falha de algum deles.

2 § A autorização será concedida por equipes especializadas, qualquer que seja a sua composição, devendo o pedido, no caso do parágrafo anterior, ser formalizado em conjunto e só será deferido se todos satisfizerem os requisitos exigidos nesta Seção.

Art. 11<sup>o</sup> Além da necessária habilitação profissional, só médica deverão instruir o pedido de autorização com:

I – certificado de pós-graduação, em nível, no mínimo, de residência médica ou título de especialista reconhecido no País;

II – certidão negativa de infração ética, passada pelo órgão de classe em que forem inscritos.

Parágrafo único. Eventuais condenações, anotadas no documento a que se refere o inciso II deste artigo, não são indutoras do indeferimento do pedido, salvo em casos de omissão ou de erro médico que tenha resultado em morte ou lesão corporal de natureza grave.

## Seção IV

### Disposições Complementares

Art. 12<sup>o</sup> O Ministério da Saúde poderá estabelecer outras exigências, que se tornem indispensáveis à prevenção de quaisquer irregularidades nas práticas de que trata este Decreto.

Art. 13<sup>o</sup> O pedido de autorização será apresentado às Secretarias de Saúde do Estado ou o Distrito Federal que instruirão com o relatório conclusivo quanto à satisfação das exigências estabelecidas neste Decreto e em normas regulamentares, no âmbito de sua área de competência definida na Lei n 8.080 de 19 de setembro de 1990.

1 § A Secretaria de Saúde diligenciará junto ao requerente para satisfação de exigência acaso não cumprida, de verificação a seu cargo.

2 § Com manifestação favorável sob os aspectos pertinentes a sua análise, a Secretaria de Saúde remeterá o pedido ao órgão central do SNT, para expedir a autorização se satisfeitos todos os requisitos estabelecidos neste decreto e em normas complementares.

## Capítulo III

### DA DOAÇÃO DE PARTES

#### Seção I

##### Da disposição para pós mor tem

Art. 14<sup>o</sup> A retirada de tecidos, órgãos e partes, após a morte, poderá ser efetuada, independentemente de consentimento expresso da família, se, em vida, o falecido a isso não tiver manifestado sua objeção.

1§ A manifestação de vontade em sentido contrário a retirada de tecidos, órgãos e partes será plenamente reconhecida se constar da Carteira de Identidade Civil, expedida pelos órgãos de identificação da União, dos Estados e do Distrito

Federal, e da Carteira Nacional de Habilitação, mediante inserção, nestes documentos, da expressão “não doador de órgãos e tecidos”.

2 § Sem prejuízo para validade da manifestação de vontade, como doadores presumidos, resultantes da inexistência de anotações nos documentos e pessoas falecidas, admitir-se-á doação expressa para retirada após a morte na forma prevista no Decreto n 2.170 de quatro de março de 1997, e na Resolução n 328 de 18 de fevereiro de 1997, expedida pelo Conselho Nacional de Trânsito, com a anotação “doador de órgão e tecidos” ou ainda a doação de tecidos, órgãos ou partes específicas que serão indicados após a expressão “doador de...”.

3 § Os documentos de que trata o inciso um deste artigo, que venham a ser expedido, na vigência deste Decreto, conterà a pedido do interessado, as indicações previstas nos parágrafos anteriores.

4 § Os órgãos públicos referidos no inciso um deverão incluir, nos formulários a serem preenchidos para expedição dos documentos ali mencionados, espaço a ser utilizado para quem desejar manifestar, em qualquer sentido, a sua vontade em relação à retirada de tecidos, órgãos e partes, após a sua morte.

5 § São vedados aos funcionários dos órgãos de expedição dos documentos mencionados neste artigo, sob pena de responsabilidade administrativa, introduzirem a opção do interessado salvo a obrigatoriedade de informá-lo de que, se não assinalar qualquer delas será considerado doador presumido de seus órgãos para a retirada após a morte.

6 § Equiparam-se a Carteira de Identidade Civil, para os efetivos deste artigo, as carteiras expedidas pelos órgãos de classe, reconhecidas por Lei como prova de identidade.

7 § O interessado poderá comparecer aos órgãos oficiais de identificações civis e de trânsito que procederão à gravação da sua opção na forma dos incisos um e dois deste artigo, em documentos expedidos antes da vigência deste Decreto.

8 § A manifestação de vontade poderá ser alterada, a qualquer tempo, mediante renovação dos documentos.

## Capítulo IV DA RETIRADA DE PARTES

### Seção I

#### Da Comprovação da Morte

Art. 16<sup>o</sup> A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica.

1§ O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia, reconhecido no País.

2 § São dispensáveis os procedimentos previstos no parágrafo anterior quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

3 § Não podem participar do processo de verificação de morte encefálicos médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas, na forma deste Decreto, a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes.

4§ Os familiares que estiverem em companhia do falecido ou que tenham oferecido meios de contato, serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para a verificação da morte encefálica.

5 § Serão admitidas presença de médico de confiança da família do falecido no ato de comprovação e atestação da morte encefálica, se a demora de seu comparecimento não tornar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, se mencionado essa circunstância no respectivo relatório.

6 § A família carente de recursos financeiros poderá pedir que o diagnóstico de morte encefálica seja acompanhado por médico indicado pela direção local do SUS, observado o disposto no parágrafo anterior.

Art. 17<sup>o</sup> Antes da realização da necropsia, obrigatória por lei, a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a causa morte, circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.

Parágrafo único. Executam-se do disposto neste artigo os casos de morte ocorrida sem assistência médica ou em decorrência de causa mal definida ou que necessite de ser esclarecidas diante da suspeita de crime, quando a retirada, observadas as demais condições estabelecidas neste Decreto, dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista.

## Seção II

### Do Procedimento de Retirada

Art. 18<sup>o</sup> Todos os estabelecimentos de saúde deverão comunicar a CNCDO do respectivo Estado, em caráter de urgência, a verificação em suas dependências de morte encefálica.

Parágrafo único. Se o estabelecimento de saúde não dispuser de condições para a comprovação da morte encefálica ou para a retirada de tecidos, órgãos e partes, segundo as exigências deste Decreto, a CNCDO acionará os profissionais habilitados que se encontrarem mais próximos para efetuarem ambos os procedimentos observados o disposto n<sup>o</sup> 3 do art. 16 deste Decreto.

Art. 19<sup>o</sup> Não se efetuará a retirada se não for possível a identificação do falecido por qualquer dos documentos previstos nos 1<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> do art. 14 deste Decreto.

1§ Se dos documentos do falecido constar opções diferentes, será considerado válido, para interpretação de sua vontade, o de expedição mais recente.

2 § Não suprem as exigências deste artigo o simples reconhecimento de familiares, se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado.

3 § Qualquer rasura ou vestígio de adulteração dos documentos, em relação aos dados previstos nos 1<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> do art. 14, constituem impedimento para a retirada de tecidos, órgãos ou partes, salvo se, no mínimo, dois consangüíneos do falecido, seja na linha reta ou colateral, até o segundo grau inclusivo, conhecendo a sua vontade, quiserem autorizá-la.

4 § A retirada de tecidos, órgãos e partes do cadáver de pessoas incapazes dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o pátrio poder, a guarda judicial, a tutela ou curatela.

### Seção III

#### Da Recomposição do Cadáver

Art. 21<sup>o</sup> Efetuadas a retirada, o cadáver será condimente recomposto, de modo recuperar, tanto quanto possível, sua aparência anterior, com cobertura das regiões com ausência de pele e enchimento, com material adequado, das cavidades resultantes da ablação.

### Capítulo V

#### DO TRANSPLANTE OU ENXERTO

### Seção I

#### Do Consentimento do Receptor

Art. 22<sup>o</sup> O transplante ou enxerto só se fará com consentimento do receptor, após devidamente aconselhado sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

1§ Se o receptor for juridicamente incapaz ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrito ou, ainda, não souber ler ou escrever o consentimento para realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis

legais, na ausência dos quais, a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo, mantê-lo vivo.

2 § A autorização será aposta em documento, que conterá as informações sobre o procedimento e as perspectivas de êxito ou insucesso, transmitidas ao receptor, ou, se for o caso, as pessoas indicadas no parágrafo anterior.

3 § Os riscos considerados aceitáveis pela equipe de transplante ou enxerto, em razão dos testes aplicados na forma do art. 24, serão informados ao receptor que poderá assumi-los mediante expressa concordância, aposta no documento previsto no parágrafo anterior, com indicação das previsíveis.

## Seção II

### Do procedimento de transplante

Art. 23<sup>o</sup> Os transplantes somente poderão ser realizados em pacientes com doença progressiva ou incapacitante, irreversível por outras técnicas terapêuticas, cuja classificação, com esse prognóstico, será lançada no documento previsto no § 2 do artigo anterior.

Art. 24<sup>o</sup> A realização de transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será autorizada após a realização, no doador de todos os testes para diagnóstico de infecção e afecções, principalmente, em relação ao sangue, observando-se, quanto a este inclusive os exigidos na triagem para doação segundo dispõe a lei n<sup>o</sup> 7649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

1§ As equipes de transplantes ou enxertos de tecidos só poderão realizá-los se os exames previstos neste artigo apresentarem resultados que afastem quaisquer prognósticos de doenças incuráveis ou letais para o receptor.

2 § Não serão transplantados tecidos, órgãos e partes de portadores de doenças que constem de listas de exclusão expedidas pelo órgão central do SNT.

3 § O transplante dependerá, ainda, dos exames necessários à verificação de compatibilidade sanguínea e histocompatibilidade com o organismo do receptor inscrito em lista de espera, nas CNCDOS.

4 § A CNCDOS, em face das informações que lhe serão passadas pela equipe de retirada, indicará à destinação dos tecidos, órgãos e partes removidas em estrita observância a ordem de receptores inscritos com compatibilidade para recebê-los.

5 § A ordem de inscrição prevista no parágrafo anterior, poderá deixar de ser observada, se, em razão da distância e das condições de transporte, o tempo estimado de deslocamento de o receptor selecionado tornar inviável o transplante de tecidos, órgãos ou partes retirados ou se dele necessitar quem se encontrem em iminência de óbito segundo avaliação da CNCDOS, observando os critérios estabelecidos pelo órgão central do SNT.

### Seção III Dos prontuários

Art. 25<sup>o</sup> Além das informações usuais e sem prejuízo do disposto no § 1 do artigo 3 da Lei n<sup>o</sup> 9434, os prontuários conterão:

I – No doador morto, os laudos dos exames utilizados para comprovação da morte encefálica e para verificação da viabilidade de utilização nas finalidades previstas neste Decreto, dos tecidos, órgãos e partes que lhe tenham sido retirados e, assim, relacionados, bem como o original ou cópia autenticada dos documentos utilizados para sua identificação;

II – No do receptor, a prova de seu consentimento, na forma do artigo 22, cópia dos laudos dos exames previstos nos incisos anteriores, conforme o caso e, bem assim, os realizados para o estabelecimento da compatibilidade entre seu organismo e o do doador.

Art. 26<sup>o</sup> Os prontuários com os dados especificados no artigo anterior serão mantidos pelo prazo de cinco anos nas instituições onde foram realizados os procedimentos que registram.

Parágrafo único. Vencido o prazo previsto neste artigo, os prontuários poderão ser confiados à responsabilidade da CNCDO do Estado de sede da instituição responsável pelo procedimento a que se refiram, devendo, de qualquer modo, permanecer disponíveis pelo prazo de vinte anos, para eventual investigação criminal.

### DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 27<sup>o</sup> Aplica-se o disposto no § 3 do artigo 19<sup>o</sup> a retirada de tecidos, órgãos ou partes de pessoas falecidas, até seis meses após a publicação deste Decreto, cujos documentos tenham sido expedidos em data anterior a sua vigência.

Art. 28<sup>o</sup> É o Ministério da Saúde autorizado a expedir instruções e regulamentos necessários à aplicação deste Decreto.

Art. 29<sup>o</sup> Enquanto não for estabelecida a estrutura regimental do Ministério da Saúde, a sua Secretaria de Assistência à Saúde exercerá as funções do órgão central do SNT.

Art. 30 A partir da vigência deste Decreto, tecidos, órgãos ou partes não poderão ser transplantados em receptor não indicado pelas CNCDOS.

Parágrafo único. Até a criação das CNCDOS as competências que lhe são cometidas por este Decreto poderão pelo prazo máximo de um ano, ser exercida pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

1§ Verificada a duplicidade de inscrições o órgão central do SNT notificará o receptor para fazer a sua opção por uma delas no prazo de quinze dias, vencido o qual, sem resposta excluirá da lista a mais recente e comunicará o fato a CNCDO, onde ocorreu a inscrição, para igual providência.

2 § A inscrição em determinada CNCDO não impedirá que o receptor se submeta a transplante ou enxerto em qualquer estabelecimento de saúde autorizada se, pela lista sob controle do órgão central do SNT, for o mais indicado para receber tecidos, órgãos ou partes retirados e não aproveitados de qualquer procedência.

Art. 32<sup>o</sup> Ficam convalidadas as inscrições de receptores efetuadas por CNCDOS ou órgãos equivalentes, que venham funcionando em Estados da Federação, se autorizadas pela ordem crescente das respectivas datas e comunicadas ao órgão central do SNT.

Art. 33<sup>o</sup> Caberá aos estabelecimentos de saúde e às equipes especializadas autorizados a execução de todos os procedimentos médicos previstos neste Decreto, que serão remunerados segundo os respectivos valores fixados em tabela aprovada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos de diagnóstico de morte encefálica, de manutenção hemostática do doador e da retirada de tecidos, órgãos ou partes, realizados por estabelecimento hospitalar privado, poderão, conjunta ou separadamente, ser custeados na forma do caput independentemente de contrato ou convênio, mediante declaração do receptor, ou, no caso de óbito, por sua família, na presença de funcionários da CNCDOS, de que tais serviços não lhe foram cobrados.

Art. 34<sup>o</sup> Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 35<sup>o</sup> Fica revogado o Decreto n<sup>o</sup> 879 de 22 de julho de 1993.

Brasília, 30 de junho de 1997; 176<sup>o</sup> da Independência e 109<sup>o</sup> da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO  
*Carlos César de Albuquerque*

**MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.718 DE 06 DE OUTUBRO DE 1998**

Acresce parágrafo ao artigo 4 da Lei nº 9434, 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

§ 6º Na ausência de manifestação de vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o conjugue poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplantes e remoção.

Art. 2º Esta medida provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de outubro de 1998: 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Renan Caleiros*

*José Serra*

## **RESOLUÇÃO CFM N<sup>o</sup> 148.097**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n<sup>o</sup> 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que a Lei n<sup>o</sup> 9.434. De fevereiro de 1997, que dispõe sobre retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3<sup>o</sup> que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

COSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos.

CONSIDERANDO a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros.

### **RESOLVE:**

Art. 1<sup>o</sup> A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos complementares durante intervalos de tempos variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Parágrafo único: As instituições hospitalares poderão fazer acréscimo ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada à supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3<sup>o</sup> A morte encefálica deverá ser conseqüência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4<sup>o</sup> Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperitivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia.

Art. 5<sup>o</sup> Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) De 7 dias a 2 meses incompletos 48 horas
- b) De 2 meses a 1 ano incompleto 24 horas
- c) De 1 ano a 2 anos incompletos 12 horas
- d) Acima de 2 anos 6 horas

Art. 6<sup>o</sup> Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca: ausência de atividade elétrica cerebral; ausência de atividade metabólica cerebral e ausência de perfusão sanguínea cerebral.

- a) Ausência de atividade elétrica cerebral
- b) Ausência de atividade metabólica cerebral
- c) Ausência de perfusão sangüínea cerebral

Art. 7<sup>o</sup> Os exames complementares serão utilizados por faixa etária abaixo especificada:

- a) Acima de 2 anos – um dos exames citados no Art. 6, alínea a, b e c.
- b) De 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6, alínea a, b, c. quando se optar por eletro encefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;
- c) De dois meses a um ano incompleto – 2 eletros encefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro.

- d) De sete dias a dois meses incompletos – 2 eletros encefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8<sup>o</sup> O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente, preenchida e assinada, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9<sup>o</sup> Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor Clínico da instituição hospitalar; ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10<sup>o</sup> Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n<sup>o</sup> 1346.

## LEI Nº 10.211 DE 23 DE MARÇO DE 2001

Altera dispositivos da Lei nº 9434, de quatro de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os dispositivos adiante indicados, da Lei n 9434, de 4 de fevereiro de 1997, passam a vigorar com a seguinte redação:

Parágrafo único: 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 exigida em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde.

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

Art. 8º Após a retirada de tecido, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para o sepultamento.

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em conjugue ou parentes consangüíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea.

Art. 10<sup>o</sup> O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

§ 1<sup>o</sup> Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

§ 2<sup>o</sup> A inscrição em lista única de espera não confere ao pretendo receptor ou à sua família direito subjetiva a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocados por acidente ou incidente em seu transporte.

Art. 2<sup>o</sup> As manifestações de vontade relativas à retirada “post mortem” de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perdem a sua validade a partir de 22 de dezembro de 2000.

Art. 3<sup>o</sup> Ficam válidos os atos praticados com base na Medida Provisória n<sup>o</sup> 2083-32 de 22 de fevereiro de 2001.

Art. 4<sup>o</sup> Ficam revogados os § 1<sup>o</sup> e 5<sup>o</sup> do art. 4 da Lei n<sup>o</sup> 9434, de 4 de fevereiro de 1997.

Art. 5<sup>o</sup> Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 23 de março de 2001; 180<sup>o</sup> da Independência e 113<sup>o</sup> da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)