

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

THE ROLE OF NURSES IN THE ORGAN DONATIONS

Alzi Ferreira da Silva¹, Tatiane da Silva Guimarães¹ e Gisele Puerta Nogueira²

¹ Aluna da graduação da Universidade Paulista - Unip.

² Professora mestre do curso de Enfermagem da Universidade Paulista - Unip e da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

RESUMO

A tarefa de aumentar o número de transplantes com suporte adequado é realizada pela equipe de captação de órgãos, que possui funções de identificação do possível doador de órgãos e tecidos, realização da proposta ao familiar sobre o consentimento da doação, orientação sobre o processo de captação e transplantes de órgãos, sempre ressaltando os benefícios que tal processo proporciona aos receptores, e ainda evita que qualquer dúvida pairasse sobre quaisquer etapas desse evento, com destaque para o enfermeiro, que visa a organizar esse processo dentro do cenário nacional. Descrever a importância do papel do enfermeiro no processo de captação de órgãos no Brasil. O trabalho em questão é uma pesquisa bibliográfica. Os potenciais doadores são, na maioria, vítimas de trauma ou acidente vascular encefálico, que podem desenvolver morte encefálica, mas, para que seja efetivada a doação, faz-se necessária a sua identificação como possível doador, para assim acionar-se a organização de procura de órgãos, que será responsável por todo o processo de captação e pela equipe de transplante dos órgãos. Esse trabalho procurou esboçar a importância do papel do enfermeiro, profissional fundamental, que atua à frente de todo o processo de captação de órgãos, desde a existência de um possível doador até a devolução do corpo aos familiares, e que estende suas atividades à divulgação e à desmistificação do tema. Portanto, diante do exposto, verifica-se que o papel do enfermeiro na captação de órgãos é de grande relevância, pois é ele o elo entre equipe/família/doador/receptor.

Palavras-chave: transplantes, transplantes de órgãos, enfermagem.

ABSTRACT

The task of increasing the number of transplants with adequate support is performed by the organ procurement team, which has functions of identification of possible donor of organs and tissues, implementation of the proposal to the family on the consent of the donation, guidance on the process of capture and transplant of organs always emphasizing the benefits that it provides to recipients, and still avoid any doubts that looms large over any steps in this event, with emphasis on nurse who seeks to organize this process within the national scene. To describe the importance of the role of nurses in the capture of organs in Brazil. The work in question is a literature search. Potential donors are mostly victims of trauma or stroke, which can develop brain death, but, so that the donation is accomplished, it is necessary to identify them as a possible donor, in order to trigger the Organ Procurement Organization that will be responsible for the whole process and organ transplant team. This study aimed to outline the importance of the role of nurses, professional key, which acts in front of the whole process of abstraction of organs, since the existence of a possible donor to return the body to relatives, and extending its activities to disclosure and demystification of the subject. So, given the foregoing, it appears that the role of nurses in the capture of organs is of great importance because it is a link between team/family/donor /recipient.

Keywords: transplantation, organ transplants, nursing.

I. INTRODUÇÃO

A partir da década de 1960, definiu-se uma nova era para os transplantes, tendo em vista que fundamentalmente, seu sucesso deu-se graças ao controle da rejeição do órgão transplantado, fato este consolidado devido ao crescente avanço sobre o conhecimento da imunologia, que foi associado ao surgimento das drogas imunossupressoras nas unidades de terapia intensiva (CAMPOS, 2003).

O transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de um ser humano doente (receptor) por outro órgão ou tecido normal de um doador, vivo ou morto; o transplante é um tratamento que pode salvar e/ou melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas, proporcionando-lhes algum conforto (ADOTE, s/d).

Segundo o Ministério da Saúde (CAMPOS, 2003), há, atualmente, no Brasil, cerca de 117 instituições cadastradas para realizar transplantes de órgãos, sendo que, nos meses de janeiro a junho de 2008, foram computados os seguintes resultados: 6.207 de córneas, 16 de pâncreas, 62 de rins/pâncreas, 1.433 de rins, 13 de medula óssea, 530 de fígado, 99 de coração e 18 de pulmões, totalizando 8.365 transplantes realizados (BRASIL, 2008).

Apesar dos avanços da medicina e da condição suapracitada, ainda é baixo o número de transplantes realizados no Brasil, uma vez considerado o grande potencial de doadores de múltiplos órgãos que se encontram nos hospitais de emergência. Esses potenciais doadores são, em sua maioria, vítimas de trauma ou acidente vascular encefálico, que podem vir a desenvolver a morte encefálica; no entanto, para que seja efetivada a doação propriamente dita, faz-se necessária, dentre outros requisitos, uma infraestrutura mínima nas unidades de terapia intensiva desses hospitais (CAMPOS, 2003).

Os transplantes com doadores cadáveres trouxeram também, para muitos pacientes sem prognóstico de vida e/ou qualidade da mesma, a oportunidade de sobrevivência e de melhor qualidade de vida. Sabe-se que o número de doadores, embora tenha aumentado nos últimos anos, ainda é insuficiente para atender a toda a demanda, de modo que muitos pacientes morrem na fila, à espera de um transplante (OLIVEIRA, 2001).

No Brasil, o paciente em coma profundo só é considerado potencial doador cadáver quando se constata sua morte encefálica (parada definitiva e irreversível do encéfalo – cérebro e tronco cerebral) e quando o familiar ou o responsável legal aceita que seus órgãos sejam doados, por meio de um consentimento livre e esclarecido (CAMPOS, 2003).

Portanto, para incrementar o número de transplantes, faz-se necessário aumentar a taxa de consentimento de doação de órgãos pelos familiares de pacientes que estejam em morte encefálica. Tal tarefa é realizada pela equipe de captação de órgão, que possui várias funções, dentre elas a identificação do possível doador de órgãos e tecidos, a realização da proposta ao familiar sobre o consentimento da doação, a orientação sobre o processo de captação e transplante de órgãos, ressaltando sempre os benefícios do referido processo aos receptores, e ainda deve evitar que qualquer dúvida paire sobre quaisquer etapas desse evento (CAMPOS, 2000).

Essa equipe constitui-se de enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos, os quais são responsáveis pela localização do potencial doador, pela abordagem da família e pela estruturação do procedimento, e, mesmo que diante de algumas situações de aparente falta de sucesso na efetivação da captação de órgãos para transplantes, têm claramente delineada a importância de seu trabalho, bem como de sua finalidade precípua: aliviar sofrimentos e salvar vidas (SCHIAVONE, 2004; SANCHES *et al.*, 1998).^(6,7)

Apesar dos esforços dessas equipes, a taxa de mortalidade na fila de espera por um transplante de órgãos permanece ainda elevada, sendo mais acentuada em alguns Estados, onde os programas de captação de órgãos e transplantes estão distantes ou se iniciaram muito lentamente (NOUJAIM & PEREIRA, 2002).

Embora a medicina tenha apresentado rápido progresso em conhecimento e em tecnologia, as condições suapracitadas ainda são determinantes, contribuindo, assim, para o baixo número de transplantes no País, como já citado, mesmo considerando o significativo aumento de possíveis doadores (MIRANDA, 2004).

Cabe ressaltar que esses possíveis doadores necessitam de cuidados especiais, ou seja, é preciso que tenham condições de se tornar viáveis para a doação. Para tanto, faz-se necessária, dentre outros requisitos, uma infraestrutura mínima nas unidades de terapia intensiva dos hospitais, não só os de emergência, mas todos de um modo geral, porém verifica-se que providenciar somente essa condição mínima de infraestrutura não é suficiente, uma vez que o fator determinante para a efetivação de uma doação e para o aproveitamento dos órgãos está diretamente relacionado à boa vontade e ao envolvimento das equipes de saúde, tanto das locais quanto das distantes (CAMPOS, 2003; MIRANDA, 2004).

Constata-se que, muitas vezes, inúmeras equipes realizam grandes deslocamentos com o intuito de cap-

tar órgãos, tornando claro que é o empenho de seus integrantes a real diferença nesse processo. Portanto, conscientizar os profissionais que lidam com a captação de órgãos, bem como as equipes locais para que efetuem a notificação, é de suma importância para uma elevação da taxa de possíveis doadores assim como da própria efetivação dos transplantes (MIRANDA, 2004).

Dentre dessas equipes, destacam-se as organizações de procura de órgãos (OPOs), que buscam certificar-se dos locais onde encontrar o possível doador e, depois, quando encontrado, destina-se a transformá-lo em potencial doador. Uma vez transformado, entra em contato com as equipes de captação que realizam a extração dos órgãos no hospital em que se encontram e, quando ocorre o término do referido procedimento de extração, verifica, antes da liberação do corpo, as condições do mesmo para que este seja de modo condigno recomposto e entregue à família. Além disso, ainda fornece toda a orientação necessária aos respectivos familiares (AJUDA BRASIL, s/d).

O doador com morte encefálica pode doar os seguintes órgãos e tecidos: coração, pulmões, fígado, rins, pâncreas e intestinos, córneas, partes da pele não visíveis, ossos, tendões e veias. É imprescindível a assinatura do termo de doação de órgãos e tecidos pelos familiares, mesmo que o doador tenha manifestado em vida a vontade pela doação de seus órgãos (AJUDA BRASIL, s/d).

Os procedimentos de doação e de transplante, no Brasil, estão regulamentados por diversos instrumentos legais (leis, decretos e portarias), os quais devem ser conhecidos e cumpridos, integralmente, por todos os profissionais envolvidos nesses processos (ABTO, 2002).

Com relação ao doador em vida, existem normas a ser cumpridas, tais como: o doador deve ter parentesco consanguíneo de até quarto grau com o indivíduo que receberá o órgão doado, além de submeter-se a inúmeros exames, como o de HIV¹ e os de hepatite B e C, e provas de função hepática, de função renal e de função pulmonar. Os órgãos que podem ser doados em vida são os seguintes: rim, medula óssea, parte do fígado ou do pulmão (PERNAMBUCO, s/d).

Em São Paulo, as atividades da Organização de Procura de Órgãos estão centradas na atuação do enfermeiro, o qual concretiza a doação por meio de um trabalho de elevado nível de qualidade e de ética. Contudo, não basta que esse profissional tenha o domínio técnico-científico da questão; são necessários

outros quesitos, dentre os quais “características pessoais, como empatia, sensibilidade, disponibilidade de compreender sentimentos alheios e facilidade de adaptar-se a situações novas e contextos diferentes”, segundo Adriana Cortez (PERNAMBUCO, s/d).

Outro aspecto altamente relevante efetivado pelo enfermeiro é a abordagem à família do possível doador, momento em que deve apresentar, além do conhecimento científico referente ao quadro clínico, um preparo emocional que lhe permita lidar com as diferentes reações dos familiares diante da perda, de modo que estes compreendam a morte encefálica e aceitem a doação de órgãos como um ato humanitário (GIOVANI, SANTOS & CROCI, 2000).

Em síntese, a atuação do enfermeiro na captação de órgãos para transplante em São Paulo visa a organizar e aperfeiçoar a doação e a captação de órgãos para transplante (PUSCHEL, RODRIGUES & MORAES, 2002).

A Central de Transplantes, criada em 1991, era constituída por um coordenador médico e por enfermeiros que realizavam as atividades de recebimento da notificação de possíveis doadores de órgãos, abordagem da família, manutenção clínica adequada dos doadores e distribuição dos órgãos doados às equipes médicas cadastradas, onde o trabalho realizado pelos enfermeiros passou a ser muito conhecido e divulgado, sendo certificado pela Lei Federal n. 9.434, de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos para fins de transplantes, válida para todo o território nacional, mudando por completo a estrutura de trabalho da Central de Transplantes (PUSCHEL, RODRIGUES & MORAES, 2002).

O enfermeiro passou a exercer uma carga horária semanal de 36 horas, período em que realiza visita diária aos locais de maior possibilidade de encontrar possíveis doadores (unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, além de prontos-socorros), como também aguarda a notificação sobre possíveis doadores, e, uma vez identificados ou notificados, inicia-se o processo de captação (NOUJAIM & PEREIRA, 2002).

Além das equipes já citadas, tem-se também a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, que é composta por quase mil profissionais de saúde, na busca de resultados cada vez melhores nos processos de doação, captação e transplantes. É uma entidade sem fins lucrativos, de utilidade pública e que faz benefícios não somente aos seus associados, mas também tem um enorme papel social a cumprir (CASTRO, 2006).

Atualmente, a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos tem assento na Associação Médica Brasileira

¹ Human immunodeficiency virus.

e no Conselho Federal de Medicina, estando pronta a colaborar em todas as câmaras técnicas, conselhos e fóruns de discussão que tratem de doação e de transplantes de órgãos no Brasil (CASTRO, 2006).

Mas, como já relatado anteriormente, as atividades das equipes citadas estão centradas na atuação do enfermeiro, pois é este profissional que concretiza a doação e, portanto, seu papel profissional está cada vez mais centrado na identificação de possível doador, na constatação e na comprovação da morte encefálica, na manutenção hemodinâmica do potencial doador e na comunicação das equipes de transplantes e da família do doador.

Diante da realidade abordada até o momento, verifica-se que o enfermeiro é peça fundamental para que se tenha tanto a identificação do possível doador de órgãos quanto a efetivação da doação. Portanto, esse trabalho objetivou descrever a importância do papel do enfermeiro no processo de captação de órgãos no Brasil, ressaltando suas funções e sua importância dentro da equipe de captação de órgãos.

3. METODOLOGIA

O trabalho em questão é uma pesquisa bibliográfica realizada por meio de levantamento e análise do acervo documental de artigos periódicos científicos indexados nas bases de dados Medline, Lilacs², BDe³, bibliotecas virtuais e físicas, em busca de artigos, dissertações, livros, monografias, periódicos e teses, publicados entre 1998 a 2008. Incluiu-se também o ano de 1997, pois ocorreram publicações de leis, decreto e resolução do Cofen⁴ que regularizaram os transplantes de órgãos e a atuação do enfermeiro na captação de órgãos.

4. HISTÓRIA DOS TRANSPLANTES NO MUNDO: UM BREVE RELATO

O primeiro transplante de tecido geneticamente diferente foi descrito na *Iliada*, de Homero, onde uma quimera fora criada pelos deuses. Temos também a lenda de São Cosme e São Damião, no século VI, onde, após a amputação da perna de um velho, esses transplantaram nele a perna de um soldado mouro que havia falecido naquele mesmo dia (MAGALHÃES, MAGALHÃES & RAMOS, 2007).

² Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

³ Base de Dados de Enfermagem.

⁴ Conselho Federal de Enfermagem.

Observa-se, por intermédio da citação acima, a incessante busca do homem na substituição de órgãos comprometidos do corpo humano e, para tanto, inúmeras tentativas foram realizadas, sendo algumas descritas e poucas publicadas.

Esses insucessos na realização dos transplantes adentraram no século XX, porém não contribuíram para que houvesse redução da realização de pesquisas e de experimentos, que eram prioritariamente feitos em animais, eventos estes que foram registrados na história dos transplantes, onde se encontram relatos de algumas conquistas e inúmeras desilusões, como o da tentativa ocorrida por volta de 1902, quando foi realizado o primeiro transplante renal autólogo em um cão (MAGALHÃES, MAGALHÃES & RAMOS, 2007; SILVA, 2008).

Em 1905, ocorreram os primeiros transplantes, sendo um de tecido e outro de órgãos, pelo cirurgião Dr. Aléxis Carreal, na França, na cidade de Lyon. Posteriormente, o Dr. Carreal mudou-se para os Estados Unidos da América do Norte, onde deu continuidade a seus experimentos de transplantes, como o de coração e de pulmão (GUERRA *et al.*, 2002).

Em 1933, realizou-se, na Ucrânia, o primeiro transplante renal em humanos, infelizmente sem sucesso. E, em 1936, o cirurgião russo Voronoy utilizou pela primeira vez o rim de um cadáver humano, e o transplantado sobreviveu por três dias (GUERRA *et al.*, 2002).

Em 1952, houve o primeiro caso de doador voluntário vivo e, com isso, descobriu-se o motivo da frustração dos casos de transplantes entre seres humanos: a **rejeição imunológica**. Tal descoberta impulsionou a indústria farmacêutica a pesquisar e produzir drogas imunossupressoras (GUERRA *et al.*, 2002).

Em 1964, foi publicado o primeiro caso de transplante cardíaco realizado em seres humanos, realizado pelo Dr. Hardy, mas não houve sucesso. Nesse paciente, o Dr. Hardy transplantou o coração de um chipanzé para um paciente humano. O coração do chipanzé pulsou, mas, devido ao menor volume do coração do macaco, o paciente foi a óbito por falência cardíaca (SILVA, 2008; GUERRA *et al.*, 2002).

Entretanto, em 03 de dezembro de 1967, após ser aceito pelo mundo científico o critério de morte encefálica, foi realizado o primeiro transplante cardíaco em vivo com sucesso pelo Dr. Christian Barnard, na África do Sul, mas o paciente faleceu 18 dias depois. Tal evento foi considerado uma proeza altamente valorizada entre as nações, porém, apesar desse sucesso, elevou-se um

dilema ético, pois se questiona, até hoje, a constatação diagnóstica da morte encefálica desse doador (GUERRA *et al.*, 2002).

Pode-se ainda relatar, com base na literatura existente sobre o tema em pauta, que, nos anos 1960, os transplantes apresentavam uma alta letalidade, o que deixou de ocorrer nos anos 1970 e 1980, devido ao aprimoramento das técnicas dos transplantes e ao maior controle da rejeição dos órgãos. Já nos anos 1990, essa letalidade tornou-se menos significativa, em decorrência da redução da incidência de infecções oportunistas graves (GUERRA *et al.*, 2002).

Tais avanços se devem ao acúmulo de muito conhecimento nas áreas cirúrgicas nos últimos cem anos, avanço este determinante para que, atualmente, a realização de transplantes, em geral, obtenha sucesso, fato assegurado graças também ao avanço da indústria farmacêutica, devido às drogas imunossupressoras, que preservam o órgão, evitando a rejeição (GUERRA *et al.*, 2002).

Uma vez vencidas as dificuldades técnicas e controlada a rejeição do órgão transplantado, surgiram novos problemas, como a falta de doadores e a ausência de uma legislação que amparasse os profissionais, os receptores e os doadores vivos ou doadores cadáveres, e que ainda fornecesse diretrizes para a constatação da morte encefálica como critério determinante para realização dos transplantes (GUERRA *et al.*, 2002).

5. HISTÓRIA DOS TRANSPLANTES NO BRASIL, UM BREVE RELATO

O transplante de órgãos e tecidos no Brasil iniciou-se no ano de 1964, na cidade do Rio de Janeiro, e, na cidade de São Paulo, no ano de 1965, com a realização dos dois primeiros transplantes renais do País (COSTA, 1998).

O primeiro transplante cardíaco ocorreu na cidade de São Paulo, em 26 de maio de 1968, realizado pela equipe do Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, vindo o paciente a falecer em 22 de julho do mesmo ano. Esse fato ocorreu pouco menos de um ano após a realização do transplante pioneiro pelo Dr. Christian Barnard, na África do Sul (COSTA, 1998).

Desse período inicial até os dias atuais, os transplantes tiveram uma evolução considerável em termos de técnicas, resultados, variedade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados. Mesmo com a existência da Lei n. 5.479, de 10 de agosto de 1968, posteriormente revogada pela Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992, que dispõem sobre a retirada e o trans-

plante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, não havia ainda, nesse período, uma legislação apropriada que regulamentasse a realização dos transplantes; existiam apenas regulamentações regionais, desenvolvidas informalmente, que eram relacionadas à inscrição de receptores, à ordem de transplante, à retirada de órgãos, a critérios de destinação e distribuição dos órgãos captados (BRASIL, 2001).

Na medida em que grande parte dos procedimentos para a realização de transplantes era financiada por recursos públicos, aprofundava-se o entendimento de que os órgãos captados eram “bens públicos”. Cresceu, então, na sociedade brasileira, entre os gestores do Sistema Único de Saúde e na própria comunidade transplantadora, o desejo de regulamentação da atividade e da criação de uma coordenação nacional de um sistema de transplantes, com definição de critérios claros, tecnicamente corretos, socialmente aceitáveis e justos de destinação dos órgãos (BRASIL, 2001).

Em 1997, foi criada a chamada Lei dos Transplantes (Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997), cujo objetivo era dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e o Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997, que a regulamentou, na tentativa de minimizar as distorções e, até mesmo, injustiças na destinação dos órgãos. A partir desse mesmo decreto, foi criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Transplantes, que é responsável pelo desenvolvimento do processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas e transplantes (BRASIL, 2001).

Portanto, a partir dessas definições legais, iniciou-se um intenso trabalho no Ministério da Saúde, no sentido de programar as medidas preconizadas, organizar o Sistema Nacional de Transplantes, implantar as listas únicas de receptores, criar as centrais estaduais de transplantes, normatizar essas atividades, cadastrar e autorizar serviços e equipes especializadas, estabelecer critérios de financiamento, impulsionar a realização dos procedimentos e, ainda, adotar uma série de medidas necessárias para o pleno funcionamento do sistema. Todas essas, por sua complexidade e abrangência, tiveram naturais dificuldades de implementação, pois se passou a vivenciar um período de transição entre a informalidade anterior e uma intensa regulamentação e implementação de controles presentes (BRASIL, 2001).

A implantação do Sistema Nacional de Transplantes como um processo de construção fez-se necessária para que fossem agregadas as experiências adquiridas

pelo vivenciamento de dificuldades e problemas emergentes, bem como para o crescimento do grau de organização, que, somados às novas normas aperfeiçoadas, proporcionaram mecanismos de controle e gerenciamento do sistema (BRASIL, 2001).

O Sistema Nacional de Transplantes, atualmente, é respeitado por toda a sociedade brasileira, pelos pacientes e pela comunidade transplantadora. Seguramente, esse fato se deve ao grande esforço que o Ministério da Saúde tem empreendido nessa área, como também pela seriedade e transparência por que se vem pautando a atuação na condução do Sistema Nacional de Transplante, e pelo extraordinário estímulo dado à atividade de transplante no País. O Brasil figura, hoje, no segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo. “Se considerarmos a relação número de transplantes e Produto Interno Bruto, o Brasil ocupa o primeiro lugar, o que demonstra claramente os investimentos realizados nessa área e o estímulo dado a seu incremento” (BRASIL, 2001).

6. LEGISLAÇÃO SOBRE TRANSPLANTES NO BRASIL

A primeira legislação que começou a regulamentar a questão dos transplantes foi a Lei n. 4.280, de 6 de novembro de 1963, que permitia a doação entre vivos e exigia declaração por escrito por parte do doador para que se realizasse a remoção dos órgãos, ou consentimento pelo cônjuge ou por parentes de primeiro e segundo grau, na hipótese de que não houvesse autorização por escrito (JAKUBASZKO, 2004).

A segunda foi a Lei n. 5.479, de 10 de agosto de 1968, que normatizou os primeiros transplantes *inter vivos* com fins humanitários e terapêuticos. O terceiro diploma legislativo que regula a matéria no Brasil é a Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992, que regulamentou o Decreto n. 879, de 22 de julho de 1993, e revogou a lei de 1968 (JAKUBASZKO, 2004).

No Brasil, foi aceito oficialmente o termo **morte encefálica** a partir da Resolução n. 1.346/91, que foi atualizada por meio da Resolução n. 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, que propôs um protocolo, destacando como critérios clínicos o coma profundo arreativo e aperceptivo, a apneia, a midríase parálitica bilateral e o reflexo óculo-motor ausente (MORAES, GALLANI & MENEGHIN, 2006).

No início da década de 1990, foi sancionada a Lei n. 8.489, de 19 de novembro de 1992, que regula-

mentou os transplantes no Brasil, porém essa lei não estabelecia os critérios para diagnóstico de morte encefálica, para cadastro técnico de equipes, para hospitais transplantadores e para pacientes receptores (MORAES, GALLANI & MENEGHIN, 2006).

Com relação à doação entre vivos, tinha-se, ainda, a Lei n. 8.489/92, que só permitia a doação entre parentes, salvo casos em que se poderia recorrer a uma autorização do Poder Judiciário. O maior mérito deste diploma é o fato de ter adotado a morte encefálica como critério para o óbito (JAKUBASZKO, 2004).

A Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001, que perdura até hoje, exige a autorização judicial para a disposição do corpo vivo (JAKUBASZKO, 2004).

Obedecendo à Lei n. 9.434/97, as secretarias estaduais de saúde submeteram-se a um processo de reestruturação, com o intuito de aumentar possíveis números de doadores (COSTA, 1998). Essa lei foi considerada um avanço em termos de sistematização, e uma das mais bem elaboradas do mundo. Nela, exalta-se o direito do doador de revogar a qualquer tempo, antes da retirada, o consentimento dado. E, ainda, essa lei foi regulamentada pelo Decreto Federal n. 2.268/97, que dispôs sobre remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de tratamento e transplantes, e revogou a Lei n. 8.489/92 (JAKUBASZKO, 2004).

Tem-se, ainda, a Portaria GM/MS n. 487, de março de 2007, que dispõe sobre a permissão da remoção de órgãos e/ou tecidos de neonato anencéfalo para fins de transplante ou tratamento, desde que seja precedida de diagnóstico de parada cardíaca irreversível (BRASIL, 2006).

Portanto, pode-se verificar, por intermédio das leis e dos decretos acima citados, a grande preocupação do Ministério da Saúde na regulamentação dos transplantes de órgãos, a fim de propiciar meios de assegurar a legitimidade de tais procedimentos.

7. OS CUSTOS DOS TRANSPLANTES NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1983, a Ciclosporina passou a ser uma medicação disponível e acessível, contribuindo para que os transplantes se tornassem uma opção terapêutica para pacientes em estágio terminal (SMELTZER & BARE, 2002). Esse fato proporcionou a elevação do número de transplantes realizados no País e, conseqüentemente, o aumento do custo para todo o seu processo.

O custo médio, em 1997, foi de R\$ 2.883,34 para o processo que compreende a doação, a captação e a retirada de órgãos, o que inclui desde a avaliação até a entrega do corpo à família. Porém, o valor repassado foi de R\$ 1.853,71, de modo que este repasse cobriu apenas 65% do custo médio real (GUERRA *et al.*, 2002).

Nas últimas décadas, desenvolveu-se, entre profissionais especializados, a capacidade técnica para várias modalidades de transplante. No entanto, esse aprimoramento tecnológico convive com questões de natureza sociocultural, ética e legal, que se refletem na ausência de disponibilidade de órgãos para transplante, visto na perspectiva de alguns, que é decorrente da falta de atenção à família; para outros, o questionamento envolve o não desejo de causar dano ao doador (SADALA, 2001).

De 1997 a 1998, houve uma grande movimentação na área dos transplantes, com participação de todos os segmentos da sociedade, com destaque para a atuação da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, que delineou uma proposta de política de transplantes para o País (BRASIL, 2001a).

Em agosto de 1998, foi implantada, na Secretaria de Assistência à Saúde, a Coordenação Nacional do Sistema Nacional de Transplantes. Essa coordenação é responsável pela normatização e regulamentação dos procedimentos relativos à captação, alocação e distribuição de órgãos. E está sob sua responsabilidade o controle, inclusive social, das atividades que se desenvolvem no País nesta área, mediante articulação com todos os integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sendo órgãos estaduais e municipais ou prestadores de serviços, além da análise das comunicações advindas da imprensa e da sociedade, para o planejamento estratégico da atividade do sistema e identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento.

É responsabilidade do órgão central do Sistema Nacional de Transplantes o credenciamento de centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos e a autorização de estabelecimentos de saúde e equipes especializadas para promoção de retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo (BRASIL, 2001a).

Segundo o Regimento Interno das Secretarias de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, publicado em dezembro de 2002, compete à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes:

- coordenar a elaboração de normas, diretrizes e orientações necessárias à execução da política nacional de transplantes;
- coordenar as atividades relativas à definição de parâmetros operacionais para as instâncias gestoras do Sistema Nacional de Transplantes, responsáveis pelo desenvolvimento do processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas;
- promover e coordenar a implantação de mecanismos e instrumentos de acompanhamento dos procedimentos de transplantes realizados nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- propor mecanismos e desenvolver sistemas de registro das informações dos procedimentos de transplantes realizados nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- coordenar as ações de cooperação técnica junto a instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, no que se refere às normas e diretrizes para execução de procedimentos de transplantes;
- propor normas e estabelecer critérios para regulamentação dos atos inerentes à competência da coordenação-geral;
- executar outras atividades que lhe forem cometidas pelo diretor (BRASIL, 2001a).

Estudos relatam que há, no Brasil, uma maior taxa de possíveis doadores que nos países desenvolvidos, com uma estimativa de 60 a 100 pessoas por ano. Essa maior taxa está relacionada ao grande número de acidentes de trânsito e ferimentos por armas de fogo (ASSIS, 2008).

Com uma população de 180 milhões de habitantes, tem-se, no País, um alto índice de mortes, em torno de um milhão por ano, e estima-se que, desse total, de 11 mil a 18 mil sejam casos de morte encefálica, e ainda têm-se registros, durante o ano de 2005, onde foram notificados às centrais estaduais de transplantes e às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos 4.714 casos de morte encefálica, sendo que, dessas notificações, somente 1.078 foram efetivamente doadores de órgãos (ASSIS, 2008).

No País, trabalha-se com dados reais para o financiamento público de todos os transplantes, com possibilidade de atualização desses valores de acordo com o número de potenciais doadores identificados (ASSIS, 2008).

Em 1983, foi realizada uma previsão de despesa calculada com transplantes, para o ano de 2003, de R\$ 320 milhões,

incluída no plano plurianual do governo, que compreende os próximos quatro anos (2004 a 2007), com um valor de R\$ 1,6 bilhões para os transplantes (R\$ 400 milhões por ano). Com o valor proposto, esperava-se que este fosse suficiente para os primeiros três anos, e foi prevista uma complementação no quarto ano (ASSIS, 2008).

Tabela 1: Previsão de gastos com os procedimentos de transplantes em 2003

Procedimento	Valor (R\$)
Detecção de potencial doador	2.409.824,00
Avaliação imunológica	10.344.200,00
Remoção de órgãos e tecidos	4.328.136,00
Cirurgia de transplantes	111.810.653,00
Acompanhamento pós-transplantes	28.689.211,00
Imunossupressão	163.587.553,00
Total	321.169.577,00

Fonte: ASSIS, 2008.

O Brasil tem o maior programa público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Em 2003, foram realizados mais de oito mil transplantes, e o SUS responde por 92% deles. Os investimentos nesta área saltaram de R\$ 75,5 milhões, em 1995, para R\$ 343 milhões, em 2003. E a previsão para 2004 alcança R\$ 400 milhões. O SUS financia, em média, R\$ 35.151,00 por transplante realizado (TEMPORÃO, 2008; GALLI, 2004).

Atualmente, os valores pagos pelas cirurgias de transplante foram reajustados em 25 de setembro de 2008, sendo que o transplante de coração foi o que sofreu maior aumento, de 40%, passando de R\$ 37 mil para R\$ 44,4 mil. No caso da cirurgia envolvendo medula óssea, o aumento foi de 30%; na de pulmão, de 20%; e na de fígado, pâncreas e rins, de 10%. Doadores de rim, parte de fígado e de pulmão passaram a ter acompanhamento preferencial após a cirurgia, assim como o receptor do órgão (BRESCIANI, 2002; O ESTADÃO, 2008).

Tem-se uma proposta de melhoria, também, na remuneração pelo Sistema Único de Saúde, no que compreende os exames necessários para que o paciente seja enquadrado na fila de transplantes, e essa medida terá um impacto de R\$ 60 milhões anuais no orçamento, onde já se destinaram R\$ 500 milhões, no ano de 2008, para o setor (BRESCIANI, 2002; O ESTADÃO, 2008).

No primeiro semestre de 2008, as doações de órgãos cresceram 6% em relação ao mesmo período do ano

passado. Já o número de transplantes passou de sete mil para 8,3 mil procedimentos, com aumento de 15,68% no período; portanto, houve um maior aumento no número de transplantes do que nas doações, fato que aponta um avanço no aproveitamento dos órgãos (O GLOBO, 2008).

Os profissionais envolvidos na abordagem dos familiares passaram a receber uma remuneração adicional igual ao valor pago atualmente pelo procedimento, o que gira em torno de R\$ 1,3 mil. Contudo, esse repasse se efetua apenas quando a abordagem e a entrevista familiar resultarem efetivamente em um transplante. A ideia é estimular a captação de órgãos e melhorar a qualidade da abordagem (ISENSEE & AVELAR, 2004).

O Ministério da Saúde pretende que os pacientes dependentes exclusivamente do Sistema Único de Saúde não fiquem em desvantagem em relação aos que possuem plano de saúde quando necessitarem realizar a bateria de exames exigidos para sua inclusão na lista de espera por doações. A ideia é que o paciente possa fazer o exame em qualquer instituição credenciada pelo Sistema Único de Saúde, inclusive instituições privadas (TEMPORÃO, 2008).

O programa de transplantes do Sistema Único de Saúde é o segundo maior do mundo e, entre 2001 e 2007, foram realizados mais de 88 mil transplantes pelo Sistema Único de Saúde, que conta com 1.335 equipes preparadas para a realização desse procedimento de alta complexidade, 925 hospitais autorizados à realização de enxertos, 170 hospitais aptos para a captação e a busca ativa de órgãos e tecidos, e 58 laboratórios para a realização dos exames que ajudam a evitar a rejeição do órgão. Também existem 34 bancos de olhos, seis de tecidos musculoesqueléticos, um de válvulas cardíacas e um de pele (ASSIS, 2008).

A saúde no Brasil enfrenta um grave descompasso entre quem precisa de transplante e a quantidade de órgãos qualificados para doação. Apenas 10% das mortes encefálicas no País, de pessoas que manifestaram expressamente o desejo de ser doadores, concretizaram-se em cirurgias de transplantes (ASSIS, 2008).

Enquanto 71.349 pessoas buscam um novo órgão, apenas 21,16% das 2.646 notificações de potenciais doadores foram efetivadas no primeiro semestre de 2008. Na tentativa de reanimar o Sistema Nacional de Transplantes, o Ministério da Saúde estabeleceu uma série de medidas que visam a diminuir a espera dos pacientes que aguardam pelo procedimento. Para tanto, a maior transparência na fila de atendimento é um dos principais pontos das mudanças publicadas no Diário Oficial da União (TEMPORÃO, 2008). Além disso, o sistema de gerenciamento de transplantes

foi unificado por meio de um *software*, que gerencia as listas nacionais e regionais de doadores e receptores (BRESCIANI, 2002; O ESTADÃO, 2008).

8. SURGIMENTO DAS ORGANIZAÇÕES EM SÃO PAULO

No Estado de São Paulo, encontram-se em funcionamento duas centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos: uma para atender ao Município de São Paulo e a cidades relacionadas aos transplantes de órgãos e a outra, aos demais municípios do Estado de São Paulo (MORAIS *et al.*, 2004).

As centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos coordenam as organizações de procura de órgãos e as organizações de procura de córneas, que são responsáveis pela captação de órgãos e tecidos, respectivamente. A atuação das organizações de procura de órgãos foi regionalizada para detecção do doador potencial, e elas são constituídas por um ou mais hospitais da sua área de atuação (MORAIS *et al.*, 2004).

As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) são criadas a partir da Lei n. 9.434 e regulamentadas pelo Decreto n. 2.268. São unidades executivas das atividades do Sistema Nacional de Transplantes, incumbindo-lhes diversas atividades previstas no decreto.

Além das centrais estaduais, existem oito centrais regionais, localizadas nos Estados do Paraná e Minas Gerais. O Estado de São Paulo optou por delegar as tarefas relativas à captação de órgãos a dez hospitais públicos universitários, denominados OPOs – Organizações de Procura de Órgãos (BRASIL, 2001).

Essas organizações têm a responsabilidade de avaliar, confirmar o diagnóstico de morte encefálica, abordar a família quanto à doação, fazer a captação e a manutenção do doador, além de promover a retirada e o acondicionamento dos órgãos até o implante e a entrega do corpo à família. Diante disso, surgiu então a necessidade de toda uma infraestrutura com capacidade para o funcionamento em 24 horas (CASTRO, 2006).

9. FUNCIONAMENTO DAS CENTRAIS DE TRANSPLANTES

- I. O receptor preenche uma ficha e faz exames para determinar suas características sanguíneas, a estatura física e antigênica (o caso dos rins).

2. Os dados são organizados em um programa de computador e a ordem cronológica é usada principalmente como critério de desempate.
3. Quando aparece um órgão, ele é submetido a exames, e os resultados são enviados para o computador.
4. O programa faz o cruzamento entre os dados de doador e receptor e apresenta dez opções mais compatíveis com o órgão.
5. Os dez pacientes não são identificados pelo nome para evitar favorecimento e só suas iniciais e seus números são mostrados. Nesta etapa, todos os profissionais da central têm acesso ao cadastro.
6. O laboratório refaz vários exames e realiza outros novos com material armazenado desse receptor; nesse momento, ele ainda não é comunicado.
7. A nova bateria de exames aponta o receptor mais compatível e, nessa etapa, o acesso ao cadastro fica restrito à chefia da central.
8. O médico do receptor é contatado para responder sobre o estado de saúde do receptor e, se ele estiver em boas condições, passa a ser o candidato a receber o novo órgão; caso não esteja, o processo recomeça.
9. O receptor é contatado e decide se deseja o transplante e qual hospital deseja para a realização do referido procedimento (BRASIL, 2001).

10. RESULTADOS E AÇÕES DO ENFERMEIRO

Com a reestruturação das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos (CNCDOs), e a criação das organizações de procura de órgãos (OPOs), a captação deixou de ser realizada pelos mesmos profissionais que efetuavam os transplantes. Com equipes treinadas e capacitadas, o transplante passou a ser um tratamento efetivo, cada vez mais indicado e capaz de salvar vidas (MAGALHÃES, MAGALHÃES & RAMOS, 2007).

Dessa forma, o enfermeiro conquistou seu espaço de maneira responsável, atuando junto com a equipe multiprofissional, ao desenvolver um papel técnico e ativo, e ainda passou a ser o norteador da população de potenciais doadores e receptores de órgãos, orientando e multiplicando informações, de modo a tornar o transplante uma experiência menos dolorosa para ambos (MAGALHÃES, MAGALHÃES & RAMOS, 2007).

O fundamental papel do enfermeiro na captação de órgãos é reconhecer, detectar e identificar o potencial doador, colher a história da doença atual, passando as informações, por telefone ou fax, para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos local. Cada informação é extremamente importante, pois, por intermédio desses dados, realiza-se uma triagem de um potencial receptor para o órgão (MAGALHÃES, MAGALHÃES & RAMOS, 2007).

As equipes de captação de órgãos vêm se mostrando eficazes em aumentar as taxas de doação. A Portaria Ministerial n. 905, de agosto de 2000, determinou a obrigatoriedade de existência de uma comissão intrahospitalar de transplantes para classificar as unidades de tratamento intensivo. Essa comissão deve ser composta, no mínimo, por três profissionais de nível superior, dentre os quais um médico ou um enfermeiro, que deve ser o coordenador. A comissão é responsável por todo o processo de captação de órgãos, que inclui a identificação, a manutenção do potencial doador, o contato com a central de transplante e com o Departamento Médico-Legal, o contato com as equipes de retirada, o agendamento do procedimento cirúrgico de retirada, o transporte dos órgãos e a devolução do corpo à família (RECH & RODRIGUES FILHO, 2007).

Uma equipe treinada e entusiasmada com suas atividades tem muita importância para o sucesso do processo de doação. A abordagem da família pode ser feita por um médico, psicólogo ou assistente social, desde que esses profissionais não façam parte da equipe de transplante (RECH & RODRIGUES FILHO, 2007). Mas cabe ao enfermeiro da equipe de captação a investigação de possíveis infecções, o local e uso de antimicrobianos, a análise dos resultados de culturas, a verificação de parada cardiorrespiratória (tempo de duração das drogas administradas), a verificação das condições hemodinâmicas, o uso de drogas vasoativas (dosagem e tempo), o reconhecimento da causa do coma, a avaliação dos exames laboratoriais, bem como a realização da coleta de material para determinação do grupo sanguíneo, de sorologias (Chagas, anti-HBsAg⁵, anti-HBc⁶, HIV, HTLV-I/II⁷, toxoplasmose, citomegalovírus, VDRL⁸, mononucleose) e para verificação de alterações hemodinâmicas, avaliação das funções hepáticas, renais, pancreáticas, cardíacas e pulmonares. Ainda devem ser providenciados raios-X de tórax e eletrocardiograma. Após avaliação

⁵ Hepatitis B surface antigen antibody.

⁶ Hepatitis B core antibody.

⁷ Human T lymphotropic virus type 1/2.

⁸ Venereal disease research laboratory.

de todos os resultados dos exames, o enfermeiro comunica o médico que está assistindo o potencial doador para a tomada de conduta (ADOTE, s/d; SANCHES *et al.*, 1998; AVELAR, CORRÊA & SANCHES, 1998).

Também cabe ao enfermeiro a avaliação do andamento desse processo e o fornecimento aos familiares de informações sobre a morte encefálica, mais o agendamento do horário da cirurgia para a retirada de órgãos, o fornecimento de dados às equipes de transplantes e à equipe de enfermagem do centro cirúrgico sobre quais órgãos serão captados, além de orientação da equipe de enfermagem que cuida do potencial doador sobre o preparo pré-operatório necessário. O enfermeiro também deve verificar o prontuário, o preenchimento correto dos impressos (protocolo de morte encefálica, ficha de identificação do doador e autorização da família). Sendo assim, o fim do trabalho do enfermeiro na captação de órgãos acontece quando o potencial doador é levado ao centro cirúrgico para a retirada dos órgãos (ADOTE, s/d; SANCHES *et al.*, 1998; AVELAR, CORRÊA & SANCHES, 1998).

O momento mais importante da captação de órgãos é a abordagem dos familiares em relação à morte encefálica e à doação de órgãos. Por essa razão, para notificar a família sobre a morte encefálica ou a doação dos órgãos, os profissionais devem escolher um ambiente tranquilo e calmo, de forma que seja proporcionada privacidade e as informações sejam passadas de maneira clara e objetiva, esclarecendo todas as dúvidas. Em caso de doação, é providenciado o termo de autorização de doação de órgãos (ADOTE, s/d; SANCHES *et al.*, 1998; AVELAR, CORRÊA & SANCHES, 1998).

Uma vez autorizada a doação, a Central de Transplantes é acionada. Em seguida, esta central comunica o fato às equipes médicas responsáveis pelos receptores selecionados, os quais são convocados para se dirigir aos seus respectivos hospitais, no horário determinado para a realização dos transplantes (ADOTE, s/d; SANCHES *et al.*, 1998; AVELAR, CORRÊA & SANCHES, 1998).

O enfermeiro, na central de captação de órgãos, tem um trabalho de suma importância, atuando em todo o processo de captação, desde a existência de um potencial doador até a divulgação do trabalho social, com destaque para a abordagem familiar, que deve ser executada com ética, respeitando-se o momento de dor e perda em que a família se encontra. Portanto, o profissional deve ser claro e sensível, oferecendo a doação como uma opção, mas informando a possibilidade de proporcionar esperança e expectativa de vida para outra pessoa, ao ressaltar que a doação não é uma obrigação,

de sorte que os familiares devem se sentir livres para aceitá-la. Caso ocorra o não aceite, deve também ficar claro para eles que essa atitude não implicará diminuição dos cuidados prestados (ADOTE, s/d; SANCHES *et al.*, 1998; AVELAR, CORRÊA & SANCHES, 1998).

Substancialmente, o enfermeiro é inserido no processo de captação de órgãos, sendo preparado desde sua formação acadêmica a olhar esse potencial doador por meio de uma visão holística, considerando os aspectos familiares, morais e éticos que regem a doação. Dentro da central de captação de órgãos, existe uma interação multiprofissional e contínua, onde todos exercem um papel único e fundamental, gerando o sucesso desse trabalho (ADOTE, s/d; SANCHES *et al.*, 1998; AVELAR, CORRÊA & SANCHES, 1998). multiprofissional, desenvolvendo um papel de maneira responsável tratamento efetivo, cada vez mais indicado e salvando vidas.

Seu trabalho compreende uma carga horária semanal de 36 horas, bem como tarefas que incluem visitas diárias aos locais de maior possibilidade de identificar doadores. Após essa identificação, o enfermeiro inicia o processo de captação (ADOTE, s/d; SANCHES *et al.*, 1998; AVELAR, CORRÊA & SANCHES, 1998).

No desenvolvimento de seu papel profissional, na equipe interdisciplinar, o enfermeiro procura desempenhá-lo de modo a impulsionar a implementação dos programas de transplantes de órgãos na captação de doadores em potencial (ADOTE, s/d; SANCHES *et al.*, 1998; AVELAR, CORRÊA & SANCHES, 1998).

Segundo o descrito na Resolução Cofen n. 292/2004 (TEIXEIRA & SILVA, 2006), que normatiza a atuação do enfermeiro na captação e no transplante de órgãos e tecidos, do doador cadáver e receptor, é papel do enfermeiro, dentro do processo de captação de órgãos (DOCHTERMAN & BULECHEK, 2008; GALLI, 2004):

- revisar a política e os procedimentos institucionais para doação de órgãos;
- revisar a história médica do potencial doador na busca de contraindicações à doação;
- antecipar a adequação do órgão à doação, dependendo dos critérios de morte;
- determinar se o paciente possui um documento de doação de órgãos;
- providenciar apoio emocional à família quando a doação for desejada, mas contraindicada;
- alertar a equipe de captação de órgãos sobre potencial doador;

- participar da obtenção de amostras para verificar a adequação do doador;
- explicar os atuais critérios médicos de morte cerebral em termos que os familiares possam entender;
- obter consentimento de um membro da família para a doação do órgão, quando adequado;
- colaborar com a família no preenchimento de formulários de consentimento separados, que especificamente nomeiem os órgãos e os tecidos autorizados a ser retirados;
- respeitar o luto da família;
- oferecer apoio emocional aos familiares;
- responder às perguntas comumente feitas sobre responsabilidade financeira em relação à procuração, aos critérios para transplante e à duração do procedimento;
- agir de modo a preservar a viabilidade do órgão;
- participar dos procedimentos de remoção de órgãos, quando adequado;
- providenciar cuidados pós-morte;
- permitir à família a visão do corpo pós-morte, quando possível;
- participar da conferência pós-procedimento;
- entrevistar o responsável legal do doador, solicitando consentimento livre e esclarecido por meio de autorização da doação de órgãos e tecidos, por escrito;
- aplicar a sistematização da assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos;
- documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador, bem como do receptor;
- cumprir e fazer cumprir o acordo firmado no termo da doação;
- exigir documento de identificação da pessoa responsável pelo transporte do órgão/tecido, autorizado pela central nacional de notificação, captação e distribuição de órgãos local;
- fazer cumprir a legislação que normatiza a atuação do enfermeiro e do técnico em sala operatória;
- considerar a mesa auxiliar para perfusão de órgãos como campo operatório;
- realizar a enucleação do globo ocular, desde que tecnicamente habilitado pela Associação Pan-Americana de Bancos de Olhos;

- proporcionar condições para o aprimoramento e a capacitação dos profissionais de enfermagem envolvidos com o processo de doação, por intermédio de cursos e estágios em instituição afins;
- identificar os diagnósticos de enfermagem de risco reais e o bem-estar do receptor (Nanda⁹, 2002/2003);
- fazer intervenção de enfermagem, tratamento e/ou prevenção, evitando complicações e/ou minimizando os riscos que possam interferir no transplante;
- encaminhar receptor(a) e cuidador(a) para imunização profilática, de acordo com protocolo específico para cada tipo de transplante;
- orientar o receptor e a família quanto aos trâmites legais do cadastro técnico único, tempo de permanência, riscos e benefícios do transplante;
- elaborar plano de alta;
- fazer acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar, de acordo com as necessidades do receptor.

I. Ações do enfermeiro:

- ao identificar potencial doador, avisar os demais membros da Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos;
- acompanhar o desenvolvimento do protocolo de morte encefálica;
- manter contato estimulante com toda a enfermagem;
- marcar a cirurgia no bloco cirúrgico;
- organizar os eventos educativos e de sensibilização, promovidos pela Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos.

II. Ações do enfermeiro de sala de bloco cirúrgico:

- auxiliar os cirurgiões, anestesistas e a retirada de órgãos;
- responsabilizar-se pela entrega do corpo;
- responsabilizar-se pela organização da escala de funcionários, em número suficiente para o bom andamento do processo de remoção dos órgãos.

III. Ações da enfermagem local de unidade de terapia intensiva, pronto-socorro e da supervisora de plantão:

- identificar potencial doador e avisar a Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos;

- auxiliar na manutenção do doador e do protocolo de morte encefálica;
- acompanhar o protocolo de morte encefálica;
- responder às informações solicitadas pela central de transplantes da unidade de terapia intensiva e pela supervisão;
- dar informações e apoio aos familiares, sem falar em doação de órgãos;
- fazer contato com o médico assistente da unidade de terapia intensiva.

Os transplantes de órgãos vêm assumindo papel importante no tratamento de doenças terminais e, assim, contribuindo para uma vida mais digna dos pacientes que necessitam dessa intervenção. A falta de esclarecimento, o noticiário sensacionalista sobre tráfico de órgãos, a ausência de programas permanentes voltados para a conscientização da população e a falta de incentivo à captação de órgãos contribuem para alimentar dúvidas e preconceitos. Por essas razões, talvez haja número insuficiente de doadores, o que prolonga o sofrimento de pacientes que dependem dessas doações (MORAES, GALLANI & MENEGHIN, 2006).

II. CONCLUSÃO

O enfermeiro na captação de órgãos cuida do receptor para a vida, e do doador para garantir a viabilidade dos órgãos e da família, no que tange à orientação sobre esses procedimentos. Seu trabalho é de natureza dialética do cuidar, que delimita e aponta o enfrentamento da falência física e definitiva da vida, nesse processo de diminuição e perda da integridade do ser humano.

Por meio da observação, da monitorização de respostas e dos resultados, surge a elevação da postura de compreensão do significado do cuidar de enfermagem, que carrega em seu bojo posições e relações autênticas, dialógicas e libertadoras.

O profissional de enfermagem, no contato com o doador ou com o receptor, deve considerar os conhecimentos sobre direitos humanos, ética e legislação a respeito de morte cerebral, doação de órgãos e captação, não esquecendo os aspectos culturais, psicológicos e religiosos. A assistência em enfermagem envolve emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo e raiva, que são muito importantes no preparo do profissional para este lidar com eventuais conflitos que possam surgir.

⁹ North American Nursing Diagnosis Association.

O enfermeiro, membro da equipe de captação, é o profissional que está mais próximo do paciente e da família; devido a esse fator, faz-se importante que ele saiba oferecer informações adequadas às necessidades dos familiares. Para a equipe, sua atuação é de suma importância, pois tem arraigado consigo o objetivo de salvar e proporcionar qualidade de vida a muitos, servindo, assim, de estímulo para o cuidado do possível-potencial doador.

Esse trabalho procurou esboçar a importância da equipe de captação de órgãos em salvar vidas, com destaque para o papel do enfermeiro, profissional fundamental que atua à frente de todo o processo de

captação de órgãos, desde a existência de um possível doador até a devolução do corpo aos familiares, e que estende suas atividades à divulgação e à desmistificação do tema. Portanto, diante do exposto, verifica-se que o papel do enfermeiro na captação de órgãos é de grande relevância, pois ele é um elo entre equipe/família/ doador/receptor.

Em suma, esse trabalho teve o propósito de contribuir, de um modo geral, com subsídios para consulta a demais trabalhos acadêmicos, por meio da apresentação de um breve relato sobre o histórico dos transplantes, sobre o envolvimento do Sistema Único de Saúde e sobre as atividades do enfermeiro na captação de órgãos.

REFERÊNCIAS

ABTO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. I Reunião de diretrizes básicas: captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos. *ABTO News*, 5(4): 20, outubro/dezembro, 2002.

ADOTE – ALIANÇA BRASILEIRA PELA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS. O que é transplante. As perguntas mais frequentes. Disponível em: <http://www.adote.org.br/oque_perguntas.htm>. Acesso em: 27 de outubro de 2007.

AJUDA BRASIL. Site institucional. Como funciona o sistema de captação de órgãos. Fonte: ABTO. Disponível em: <<http://www.ajudabrasil.org/6.476.html>>. Acesso em: 16 de abril de 2008.

ASSIS, Denize. Saúde disponibiliza enfermeiros para atuar com exclusividade na doação de órgãos para transplantes. *Secretaria Municipal de Saúde*, Campinas, setembro, 2008. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/noticias/not_09_08/not_26_09_08a.htm>. Acesso em: 5 de outubro de 2008.

AVELAR, Maria do Carmo Q.; CORRÊA, C. M. & SANCHES, Edna S. O enfermeiro no processo de captação de órgãos. *JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes*, 1(2): 68-70, abril/junho, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Destaques do governo. Centrais de notificação, capacitação e distribuição de órgãos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/TRANSPLANTES/CENTRAIS.HTM>>. Acesso em: 21 de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes. 2001a. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm#12>>. Acesso em: 28 de novembro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 487, de 02 de março de 2007. Dispõe sobre remoção de órgãos e/ou tecidos de neonato anencéfalo para fins de transplante ou tratamento. *Diário Oficial da União*, n. 115, 19 de junho de 2006. Disponível em: <http://portal.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20487_02.03.07.pdf>. Acesso em: 5 de outubro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Transplantes realizados em 2008. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Transplantes_realizados.pdf>. Acesso em: 28 de novembro de 2008.

BRESCIANI, Eduardo. SUS reajusta repasses para transplantes de coração em 40%. *GI – Notícias*, 25 de setembro de 2008. Disponível em: <<http://gl.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL773789-5598,00-SUS+REAJUSTA+REPASSES+PARA+TRANSPLANTES+DE+CORACAO+EM.html>>. Acesso em: 29 de novembro de 2008.

CAMPOS, Henry de H. Aumento do número de transplantes e da doação de órgãos e tecidos: processo de construção coletiva. *ABTO News*, 3(2): 3-4, abril/junho, 2000.

CAMPOS, Josemberg M. A doação de órgãos. 2003. Disponível em: <http://www.transplantes.pe.gov.br/arquivos/doacao_orgaos.doc>. Acesso em: 27 de novembro de 2008.

CASTRO, Maria Cristina R. de. Discurso de posse. *ABTO News*, 9(1): 2-5, janeiro/março, 2006.

REFERÊNCIAS

CIHCOT – COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS. Informação aos profissionais da saúde. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/cihcot/index.php?secao=informacao>>. Acesso em: 9 de outubro de 2008.

COSTA, Iseu A. da. História da cirurgia cardíaca brasileira. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* [periódico na Internet], 13(1): 1-13, janeiro/março, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010276381998000100002&script=sci_arttext&tln=es>. Acesso em: 19 de agosto de 2008.

DOCHTERMAN, Joanne M. & BULECHEK, Gloria M. *Classificação das intervenções de enfermagem*: NIC. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ESTADÃO, O. Governo eleva tabela de transplantes e põe lista na Internet. *O Estadão*, 25 de setembro de 2008. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/vidae/not_vid248084,0.htm>. Acesso em: 29 de novembro de 2008.

GALLI, Celso. A medicina da morte – SUS paga 50 mil por transplante inédito: Ministério autoriza transplante inédito pelo SUS. 2004. Disponível em: <<http://www.mail-archive.com/penal@grupos.com.br/msg01654.html>>. Acesso em: 28 de novembro de 2008.

GIOVANI, Arlete M. M.; SANTOS, Luiz Augusto U. & CROCI, Alberto Tesconi. Captação e processamento de tecidos para transplantes ósseos – um novo desafio de atuação do enfermeiro. *Nursing*, 3(22): 6, janeiro, 2000.

GLOBO, O. SUS na mídia. Fila do transplante ficará disponível na Internet. *O Globo*, 26 de setembro de 2008. Disponível em: <http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=203%3Afila-do-transplante-ficara-disponivel-na-internet&catid=30%3Asus-na-midia&Itemid=34>. Acesso em: 29 de novembro de 2008.

GUERRA, Cícera Izabel de C. O.; BITTAR, Olímpio J. N. V.; SIQUEIRA JÚNIOR, Moacir R. de & ARAKI, Fumio. O custo que envolve a retirada de múltiplos órgãos. *Revista da Associação Médica Brasileira* [periódico na Internet], 48(2): 156-162, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n2/a35v48n2.pdf>>. Acesso em: 2 de setembro de 2008.

ISENSEE, Marta B. P. & AVELAR, Maria do Carmo Q. A práxis do enfermeiro do serviço de captação de ór-

gãos humanos para transplante. In: 10º CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM – CBCENF, 2004. Disponível em: <<http://66.102.1.104/scholar?hl=ptBR&lr=&q=cache:QUZD5R6dficj:200.222.60.171/PDF/a%2520praxis%2520do%2520enfermeiro%2520do%2520servico%2520de%2520captacao.pdf+A+PRAXIS+DO+ENFERMEIRO+DO+SERVIC%3%87O+DE+CAPTA%3%87%3%83O+DE+ORGAOS+HUMANOS+PARA+TRANSPLANTE>>. Acesso em: 9 de outubro de 2008.

JAKUBASZKO, Daniela. A telenovela brasileira e o transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano. In: XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, Porto Alegre. *Anais...* São Paulo: Intercom, 2004. CD-ROM. Disponível em: <<http://64.233.179.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:hLnMYEMt-o8j:reposcom.portcom.intercom.org.br/dspace/handle/1904/18116+a+telenovela+brasileira+eo+transplante+de+%3%B3rg%C3%A3os+tecidos+e+partes+do+corpo+humano>>. Acesso em: 21 de agosto de 2008.

MAGALHÃES, Ana Carolina S. P.; MAGALHÃES, José Alexandre P. & RAMOS, Roberta P. O enfermeiro na central de captação de órgãos. *Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas (Sare)* [periódico na Internet], *Anuário da Produção Acadêmica Docente – Anudo*, v. 1, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anudo/article/view/763/590>>. Acesso em: 2 de setembro de 2008.

MIRANDA, Marcelo P. de. Realizada a primeira captação de órgãos no Acre. *ABTO News*, 7(2): 13, abril/junho, 2004.

MORAES, Márcia W. de; GALLANI, Maria Cecília B. J. & MENECHIN, Paolo. Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [artigo na Internet], 40(4): 484-492, dezembro, 2006. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:tBv0bv_IWEWj:www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/280.pdf+cren%C3%A7as+que+influenciam+adolescentes+na+doa%C3%A7%C3%A3o+de+%3%B3rg%C3%A3os>. Acesso em: 7 de agosto de 2008.

MORAIS, Marcos; SILVA, Rita de Cássia M. A. da; RAMALHO, Horácio J.; SILVA, Renato F. da & ABBUD FILHO, Mário. As organizações de procura de órgãos

REFERÊNCIAS

- (OPOs) são efetivas? Análise de sete anos de atividades de uma organização de procura de órgãos brasileira. *Arquivos de Ciências da Saúde* [periódico na Internet], 11(4): 225-229, outubro/dezembro, 2004. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/06%20-%20id%2080.pdf>. Acesso em: 2 de agosto de 2008.
- NOUJAIM, Huda M. & PEREIRA, Walter A. Curso para captação e retirada de múltiplos órgãos: primeiros passos no treinamento de cirurgiões não transplantadores. *ABTO News*, 5(4): 22, outubro/dezembro, 2002.
- OLIVEIRA, Cícera Izabel C. Os motivos que levam à recusa familiar quanto à doação de órgãos. *JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes*, 4(supl.): 111, março, 2001.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Site institucional. Campanha de doação de órgãos aumenta o número de transplantes. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/>>. Acesso em: 16 de abril de 2008.
- PUSCHEL, Vilanice A. de A.; RODRIGUES, Adriana da S. & MORAES, Márcia W. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. *Mundo da Saúde* [periódico na Internet], 26(1): 167-173, janeiro/março, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScrip=iah/iah.xis&src=Google>>. Acesso em: 19 de abril de 2008.
- RECH, Tatiana H. & RODRIGUES FILHO, Édison M. Entrevista familiar e consentimento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [periódico na Internet], 19(1), p. 85-89, janeiro/março, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2007000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 7 de agosto de 2008.
- SADALA, Maria Lúcia A. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. *JBN – Jornal Brasileiro de Nefrologia* [periódico na Internet], 23(3): 143-151, 2001. Disponível em: <<http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:XSYP09p9U0KQJ:www.sbn.org.br/JBN/23-3/v23e3p143.pdf+a+experiencia+de+doar+orgaos+na+visao+de+familiares+de+doadores>>. Acesso em: 8 de agosto de 2008.
- SANCHES, Edna S.; LIVRAMENTO, Maria Lúcia; OLIVEIRA, Neide A.; CHOCAIR, Pedro Renato; SABBAGA, Emil & LANHEZ, Luiz Estevam. O enfermeiro no processo de captação de órgãos. *JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes* [periódico na Internet], 1998, p. 67-70. Disponível em: <<http://www.geocities.com/streptonix/captacao/orgaos.html>>. Acesso em: 6 de agosto de 2008.
- SCHIAVONE, Ronaldo. HE fará captação múltipla de órgãos. *Jornal da Cidade*, 1; JC nos bairros: p. 12, Bauru, outubro, 2004.
- SILVA, Paulo R. da. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* [periódico na Internet], 23(1): 145-152, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382008000100027&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 de agosto de 2008.
- SMELTZER, Suzanne C. & BARE, Brenda G. *Brunner & Suddarth – tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TEIXEIRA, Gilberto L. & SILVA, Carmen de A. Documentos básicos adaptado pelo Coren-RS. Maio, 2006. Disponível em: <http://www.portalcorenrs.gov.br/web/legislacao/docs_oficiais.doc>. Acesso em: 26 de novembro de 2008.
- TEMPORÃO, José G. Ação pró-transplantes. *Correio Braziliense* [periódico na Internet], 26 de setembro de 2008. Disponível em: <http://www.sus20anos.com.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=205%3Aacao-pro-transplantes&catid=30%3Asus-na-midia&Itemid=34>. Acesso em: 06 de outubro de 2008.

Endereço para correspondência:

Gisele Puerta Nogueira. Rua Santo Antônio, 50 - Centro - CEP 09521-160 - São Caetano do Sul - SP.