

**CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE,
CULTURA E FRONTEIRAS - NÍVEL DE MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, CULTURA E FRONTEIRAS**

KELEN CAROLINE LIMA DE OLIVEIRA

**A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO OESTE DO PARANÁ: CARACTERIZAÇÃO DAS
DOAÇÕES E DO SISTEMA DE TRANSPLANTES DA SEDE DA 9ª REGIONAL DE
SAÚDE**

KELEN CAROLINE LIMA DE OLIVEIRA

**A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO OESTE DO PARANÁ: CARACTERIZAÇÃO DAS
DOAÇÕES E DO SISTEMA DE TRANSPLANTES DA SEDE DA 9ª REGIONAL DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE – para obtenção do título de Mestre em Sociedade, Cultura e Fronteiras, junto ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Sociedade, Cultura e Fronteiras, nível de Mestrado – área de concentração Sociedade, Cultura e Fronteiras.

Linha de Pesquisa: Território, História e Memória

Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei

FOZ DO IGUAÇU – PR
2019

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Oliveira, Kelen Caroline Lima de

A doação de órgãos no oeste do Paraná: caracterização das doações e do sistema de transplantes da sede da 9ª regional de saúde / Kelen Caroline Lima de Oliveira; orientador(a), Oscar Kenji Nihei, 2019.

118 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras, 2019.

1. Doação de órgãos. 2. Transplantes . 3. Legislação. I. Nihei, Oscar Kenji. II. Título.



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Foz do Iguaçu - CNPJ 78.680.337/0004-27

Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 - Fone: (45) 3576-8100 - Fax: (45) 3575-2733

Pólo Universitário - CEP 85870-650 - Foz do Iguaçu - Paraná



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

KELEN CAROLINE LIMA DE OLIVEIRA

A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO OESTE DO PARANÁ: CARACTERIZAÇÃO DAS DOAÇÕES E DO SISTEMA DE TRANSPLANTES DA SEDE DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Sociedade, cultura e fronteiras, área de concentração Sociedade, Cultura e Fronteiras, linha de pesquisa Território, História e Memória, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Oscar Kenji Nihei

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Foz do Iguaçu (UNIOESTE)

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Foz do Iguaçu (UNIOESTE)

Thiago Luis de Andrade Barbosa

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila)

Foz do Iguaçu, 25 de junho de 2019

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Sociedade, Cultura e Fronteiras
Portaria nº 1829/2019 - GRE de 09/04/2019

Dedico esta pesquisa, a todos aqueles que estão à espera de um órgão na fila dos transplantes e aqueles os quais se mantiveram vivos através da doação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Unioeste, campus de Foz do Iguaçu, pela oportunidade de poder desenvolver este tema. Junto à Unioeste, agradeço também a todos os professores, coordenação e colaboradores desta instituição, os quais sempre instigaram o melhor de mim, possuindo, assim, grande colaboração no resultado desta pesquisa.

Aos Hospitais ‘Ministro Costa Cavalcanti’ e ‘Padre Germano Lauck’, de Foz do Iguaçu, por terem aceito participar da presente pesquisa. Aos queridos secretários da CIHDOTT, Karin Aline e Valter por compartilhar de suas experiências, fornecendo os dados necessários para a pesquisa, agradeço por sempre me receberem com muito carinho e carisma. Possuo grande empatia e admiração por estes profissionais que trabalham duro para salvar vidas, se desdobrando em horas de jornadas a fio para que a doação de órgãos seja uma realidade.

Ao meu dedicado orientador, professor Dr. Oscar Kenji Nihei que sempre me acalmou e orientou nas diversidades da pesquisa, conduziu e ajudou na coleta de dados, respeitando sempre o meu tempo para a pesquisa. Sem você este trabalho não teria se desenvolvido tão bem.

Aos queridos professores que contribuíram na minha banca de qualificação e a de defesa, meus agradecimentos pelos pertinentes apontamentos que engrandeceram este estudo.

À querida amiga e Dra. Eliane P. Góes, que ganhou um espaço em meu coração, pelas conversas, palavras de coragem e persistência, pela imensa ajuda no deslinde da pesquisa. Serei eternamente grata por ter te conhecido e pela amizade que temos.

Ao meu primeiro orientador e amigo, professor Doutorando Luis Miguel Barudi de Matos, como já mencionei e sempre ressalto os meus agradecimentos por seus ensinamentos, colaborações e amizade serão eternos. Se não fosse por você este tema não teria se iniciado, tampouco apresentado como proposta ao mestrado da Unioeste.

Aos meus pais, que com seus ensinamentos e incentivos continuam me instigando a ser uma pessoa melhor e me rodeiam de felicidade e amor. Às minhas irmãs pela compreensão de minha ausência, e pelas longas conversas.

Ao meu querido companheiro, por ter compreendido as minhas diversas ausências, pela paciência e carinho que teve por mim, durante o cansaço extremo que desenvolvi em meio ao mestrado, duas pós-graduações e o estágio no Ministério Público, pelas conversas e conselhos, por ter me incentivado a nunca desistir, pelo amor de cada dia. Sem você esta jornada não teria sido tão leve.

*“Não temos como salvar a todos. Mas isso não
significa que não possamos tentar”*

Colson Whitehead

OLIVEIRA, Kelen Caroline Lima de. **A doação de órgãos no oeste do Paraná: caracterização das doações e do sistema de transplantes da sede da 9ª regional de saúde.** 2019. 118 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Sociedade, Cultura e Fronteiras) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu.

RESUMO

A doação de órgãos, apesar de não ser um assunto novo, continua sendo bastante polêmica e delicada a ser discutido. Apesar dos avanços na legislação e nas práticas de captação e transplante de órgãos no Brasil, pouco ainda se sabe sobre a realidade da captação de órgãos em municípios de fronteira no Brasil, em relação as dificuldades e desafios enfrentados para efetivar a doação de órgãos. Desta forma, realizou-se uma dissertação descritiva e exploratória, com dados de natureza quantitativos e qualitativos, obtidos do Hospital Municipal ‘Padre Germano Lauck’ (HMPGL) e do Hospital ‘Ministro Costa Cavalcanti’ (HMCC), ambos de Foz do Iguaçu, município sede da 9ª regional de saúde do Paraná, referente ao período de 2014 a 2017. Objetivou-se identificar o perfil dos pacientes que doaram seus órgãos e compreender os motivos das não doações, bem como informações sobre o fluxo e o sistema de transplantes da região Oeste do Paraná. Os dados quantitativos foram obtidos dos registros dos hospitais e tratados através de estatística descritiva. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevista estruturada, e realizadas nos hospitais, com os enfermeiros secretários da equipe da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) de cada hospital, gravadas e transcritas fielmente, analisados por meio da análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste. Como resultado, obteve 139 potenciais doadores de órgãos no período analisados, com o predomínio de homens (65,5%), e faixa etária de 30-59 anos (51,8%) e iguais e maiores de 60 anos (25,9%), predominantemente residentes em Foz do Iguaçu (76,3%). Desse total de 139 potenciais doadores, apenas 58 (41,7%) se efetivaram, ocorrendo 81 não captações, principalmente por contraindicações clínicas (55,6%), recusa familiar (35,8%) e problemas logísticos/estrutural (7,4%). Constatou-se que em ambos os hospitais pesquisados há uma CIHDOTT atuante e em sintonia com as demais instâncias estaduais e federais permitindo o sucesso da captação de órgãos. Os principais pontos que necessitam de melhorias, destacados pelos entrevistados são: criar um setor exclusivo para o CIHDOTT, ter um maior número de profissionais, com dedicação exclusiva para essa atuação, melhorar a estruturação de equipes e meios de transporte de órgãos no estado do Paraná. Conclui-se que o sistema de captação de órgãos funciona no município, mas melhorias necessárias foram identificadas.

Palavras-chaves: Doação de Órgãos, Transplantes, Legislação.

OLIVEIRA, Kelen Caroline Lima de. **Organ donation in western Parana: characterization of donations and the transplant system of the headquarters of the 9th regional health.** 2019. 118 f. Dissertation (Interdisciplinary Masters in Society, Culture and Borders) - State University of Western Paraná. Foz do Iguacu.

ABSTRACT

Organ donation, while not a new subject, remains controversial and delicate to be discussed. Despite the advances in legislation and in the practices of organ transplantation and capture in Brazil, little is known about the reality of organ recruitment in frontier municipalities in Brazil, in relation to the difficulties and challenges faced to effect the donation of organs. In this way, a descriptive and exploratory dissertation was carried out, with quantitative and qualitative data obtained from the Municipal Hospital 'Padre Germano Lauck' (HMPGL) and the Hospital 'Ministro Costa Cavalcanti' (HMCC), both from Foz do Iguacu, municipality of the 9th regional health center of Paraná, for the period from 2014 to 2017. The objective was to identify the profile of the patients who donated their organs and to understand the reasons for non-donations, as well as information on the flow and the transplant system of the region of Paraná. Quantitative data were obtained from hospital records and treated through descriptive statistics. The qualitative data were obtained through a structured interview, and performed in the hospitals, with the nurses secretaries of the Hospital Intrahospital Commission of Organ Donation and Tissue for Transplant (CIHDOTT) of each hospital, recorded and faithfully transcribed, analyzed through the analysis of content. The research was approved by the Ethics Committee in Research with Human Beings of Unioeste. As a result, we obtained 139 potential organ donors in the period analyzed, with the predominance of men (65,5%), and age group of 30-59 years (51,8%) and equal and over 60 years (25,9%), predominantly resident in Foz do Iguacu (76,3%). Of this total of 139 potential donors, only 58 (41,7%) took place, 81 of which were not funded, mainly due to clinical contraindications (55,6%), family refusal (35,8%) and logistical / structural problems (7,4%). It was found that in both hospitals surveyed there is an active CIHDOTT and in line with other state and federal instances allowing the success of organ harvesting. The main points that need improvement, highlighted by the interviewees are: to create an exclusive sector for CIHDOTT, to have a greater number of professionals, with exclusive dedication to this action, to improve the structuring of teams and means of organ transport in the state of Paraná. It is concluded that the organ harvesting system works in the municipality, but necessary improvements have been identified.

Keywords: Organ Donation, Transplantation, Law.

OLIVEIRA. Kelen Caroline Lima de. **La donación de órganos en el oeste del Paraná: caracterización de las donaciones y del sistema de trasplantes de la sede de la 9ª región de salud.** 2019. 118 f. Disertación (Maestría Interdisciplinaria en Sociedad, Cultura y Fronteras) - Universidad Estadual del Oeste de Paraná. Foz de Iguazu.

RESUMEN

La donación de órganos, aunque no es un tema nuevo, sigue siendo controvertido y delicado para ser discutido. A pesar de los avances en la legislación y en las prácticas de trasplante y captura de órganos en Brasil, se sabe poco sobre la realidad del reclutamiento de órganos en los municipios fronterizos de Brasil, en relación con las dificultades y los desafíos que se enfrentan para efectuar la donación de órganos. De esta manera, se realizó una disertación descriptiva y exploratoria, con datos cuantitativos y cualitativos obtenidos del Hospital Municipal 'Padre Germano Lauck' (HMPGL) y el Hospital 'Ministro Costa Cavalcanti' (HMCC), ambos de Foz do Iguazu, municipio del noveno centro de salud regional de Paraná, para el período de 2014 a 2017. El objetivo fue identificar el perfil de los pacientes que donaron sus órganos y comprender los motivos de las no donaciones, así como información sobre el flujo y el sistema de trasplante del Comarca de Paraná. Los datos cuantitativos se obtuvieron de los registros hospitalarios y se trataron mediante estadísticas descriptivas. Los datos cualitativos se obtuvieron a través de una entrevista estructurada y se realizaron en los hospitales con las secretarías de enfermería de la Comisión Intrahospitalaria de Donación de Órganos y Tejido para Trasplante (CIHDOTT) de cada hospital, registradas y transcritas fielmente, analizadas a través del análisis de contenido. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de Unioeste. Como resultado, obtuvimos 139 donantes potenciales de órganos en el período analizado, con predominio de hombres (65,5%) y un grupo de edad de 30-59 años (51,8%) e igual y mayor de 60 años (25,9%), predominantemente residentes en Foz do Iguazu (76,3%). De este total de 139 donantes potenciales, solo 58 (41,7%) tuvieron lugar, 81 de los cuales no fueron financiados, principalmente debido a contraindicaciones clínicas (55,6%), rechazo familiar (35,8%) y problemas logísticos / estructurales (7,4%). Se encontró que en ambos hospitales encuestados existe un CIHDOTT activo y en línea con otras instancias estatales y federales que permiten el éxito de la extracción de órganos. Los principales puntos que deben mejorarse, resaltados por los entrevistados son: crear un sector exclusivo para CIHDOTT, contar con un mayor número de profesionales, con dedicación exclusiva a esta acción, para mejorar la estructuración de equipos y medios de transporte de órganos en el estado de Paraná. Se concluye que el sistema de extracción de órganos funciona en el municipio, pero se han identificado las mejoras necesarias.

Palabras claves: Donación de Órganos, Trasplantes, Legislación.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Doadores de órgãos falecidos no mundo em 2017 por milhão de população.....	24
Figura 2	Distribuição de frequência de potenciais doadores, quanto ao sexo, nos hospitais Ministro Costa Cavalcanti e Padre Germano Lauck, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.....	49
Figura 3	Distribuição de frequência de potenciais doadores, quanto a idade, nos hospitais Ministro Costa Cavalcanti e Padre Germano Lauck, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.....	50
Figura 4	Local de residência dos potenciais doadores de órgãos para transplantes, coleta realizada nos Hospitais Ministro Costa Cavalcanti e Padre Germano Lauck, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.....	51
Figura 5	Distribuição de frequência de Recusa Familiar na captação de órgãos no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e no Hospital Ministro Costa Cavalcante, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.....	54
Figura 6	Distribuição de frequência de Contraindicação Clínica na captação de órgãos no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e no Hospital Ministro Costa Cavalcante, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.....	54
Figura 7	Distribuição de frequência de Problema Logístico/Estrutural na captação de órgãos no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e no Hospital Ministro Costa Cavalcante, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.....	55
Figura 8	Fluxograma do sistema de saúde e da conduta após diagnóstico da morte encefálica, segundo o entrevistado do Hospital Ministro Costa Cavalcanti e Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Foz do Iguaçu – Paraná. 2018 e 2019.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito das melhorias necessárias dentro do âmbito hospitalar, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.....	56
Tabela 2	Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito da captação de órgãos na visão do secretário da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.....	59
Tabela 3	Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito das melhorias necessárias dentro do âmbito hospitalar, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.....	67
Tabela 4	Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito da captação de órgãos na visão da secretária da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tempo de isquemia de cada órgão captado para transplantação.....	28
Quadro 2	Motivos para a inviabilidade para a doação.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CET	A Central Estadual de Transplantes
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CNCDOT	Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ME	Morte Encefálica
OPO	Organizações de Procura de Órgãos
PMP	Por Milhão de População
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. A MORTE NÃO É O FIM.....	20
2.1. BREVE HISTÓRICO DOS TRANSPLANTES	21
2.1.1. Contexto dos transplantes de órgãos no mundo.....	22
2.1.2. Como surgiram os transplantes no Brasil?	25
2.1.3. Contexto dos transplantes de órgãos no Paraná.....	26
2.2. DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	27
2.2.1 Doação em vida.....	28
2.2.2 Doação após a morte e a caracterização da morte encefálica	31
3. O QUE VOCÊ PRECISA SABER.....	34
3.1. A LEI DE TRANSPLANTES E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	36
3.2. DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL.....	40
3.3. A BIOÉTICA E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	41
3.4. DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	45
4. POR ONDE ANDEI, ENQUANTO VOCÊ ME PROCURAVA?	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
6. REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE	94
ANEXOS	97

1. INTRODUÇÃO

Provavelmente, em algum momento da sua vida você já amou. Amou seus pais, familiares, namorado (a), marido/esposa, animal de estimação, entre as diversas possibilidades que a vida nos dá de amar. Você amou e foi amado. Seja qual foi a pessoa a qual seu pensamento divagou ao ler as primeiras linhas desta dissertação, neste tempo juntos tenho certeza, você já pensou na possibilidade de perdê-la.

“A morte é a única certeza da nossa vida” já diziam nossos avós e, de tanto ouvi-los repetir, nós começamos a falar para as outras pessoas e principalmente para nós mesmos. Com aquele ar de final de livro de contos de fadas a morte nos traz insegurança, medo e uma sensação de vazio. Mas será mesmo que a morte é o fim?

Essa dissertação fala de morte, fim e recomeço. Fala de entrega, compaixão, solidariedade, afeto, e principalmente, fala de amor, amor incondicional, fala de doação.

A doação de órgãos, apesar de não ser um tema novo, é um tema em constante evolução, o qual foi melhorando e se aprimorando em questões técnicas, buscando sempre prolongar ou melhorar a qualidade de vida daqueles que o necessitam.

O mundo possui mais de sete bilhões de habitantes. Quase todos os dias muitos desses sete bilhões de habitantes enfrentam uma fila, seja para ir ao banco, mercado, caixa de lojas, entre outros. O que a maioria não sabe é que existe uma fila invisível, uma fila tão grande que chega a assustar quem a conhece, a fila de espera por uma doação de órgão. Pessoas que não perdem somente tempo, pois a espera pode demorar dias, meses, anos, podendo-lhes custar a vida.

O primeiro contato que eu tive com o assunto, foi quando em busca de um tema de monografia da graduação em direito, encontrei uma dissertação abrangendo as questões legais acerca da doação de órgãos. A leitura da dissertação e os motivos que levaram aquela pesquisadora a fazê-lo, me emocionaram e incentivaram a buscar mais pelo assunto.

Durante a pesquisa, foram encontradas diversas dificuldades no que diz respeito a conseguir escrever sobre o tema proposto, pois o assunto em questão não é muito abordado em artigos científicos e pouco mencionado em livros. Explica-se, há muita literatura sobre o tema, entretanto, no geral, os artigos publicados são direcionados à área da medicina, sendo bem mais técnicos e específicos; quando mencionado na área do direito, se limitam à legislação. Embora pouco abordado e exaltando as dificuldades, é neste momento que esta pesquisadora entende o

quão necessário se faz o debate sobre o referido tema, principalmente no que diz respeito a uma região de fronteira, como a de Foz do Iguaçu, Paraná.

Falar em doação de órgãos envolve tanto aspectos psicológicos, afetivos e religiosos da família do doador e do receptor, assim como, a preocupação com a utilização de critérios clínicos e tecnológicos a serem realizados por meio da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a preocupação da efetiva capacitação da equipe que realiza a coleta e a entrevista familiar. Acrescenta-se uma imensa fila de espera por um órgão e a possibilidade de ocorrer a recusa familiar na doação de órgãos em relação a um potencial doador.

Ao se considerar os sentimentos e significados das pessoas que perderam um ente querido ou que estão à beira de perder, denota-se um problema com as questões éticas e sociais chocando-se com os fatores procedimentais e normativos que regem a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou após a morte, para fins de transplante e tratamento, previstos na Lei 9.434/1997.

Justifica-se a escolha deste tema, tendo em vista a necessidade do conhecimento e o debate sobre a doação de órgãos, exaltando os benefícios que ele pode trazer aos que necessitam de um transplante e desmitificando os fatos negativos sobre a doação. Buscou-se durante a pesquisa deixar de forma clara e simples tudo que envolve a doação de um órgão, desde a história do transplante, a legislação que a conduz, direitos fundamentais e procedimentos internos, promovendo assim, a reflexão sobre o tema.

Assim, a necessidade de se explorar o tema “doação de órgãos” de forma científica vai para além de sanar as angústias e questionamentos desta pesquisadora. Ressalta-se que, poucas pessoas têm o conhecimento que um potencial doador de órgãos poderia melhorar ou até mesmo dar uma segunda chance a até oito pessoas. Esta informação é muito importante, para fazer com que haja a conscientização de que a fila de espera para receber uma doação é grande e que apenas uma pessoa é capaz de salvar várias vidas.

Considerando estes fatos questiono: a sociedade sabe/entende a importância de se doar órgãos para transplantação? Qual é o fluxo da captação de órgãos na região do Oeste do Paraná? A recusa familiar realmente é o motivo predominante da não concretização da doação de órgão na cidade de Foz do Iguaçu? É necessária a criação de políticas públicas a fim de aumentar a quantidade de doações? Os dispositivos legais brasileiros ajudam ou atrapalham na doação de órgãos?

Baseado nestas premissas, esta pesquisa analisou as doações de órgãos ocorridas em Foz do Iguaçu - Paraná, mais especificadamente no Hospital Ministro Costa Cavalcanti e no

Hospital Municipal Padre Germano Lauck, ambos localizados em Foz do Iguaçu, sede da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

A cidade de Foz do Iguaçu está localizada ao extremo Oeste do Paraná, na divisa do Brasil com Paraguai e Argentina. Com uma população de cerca de 256.088 habitantes, segundo censo de 2010, e estimativa de população para o ano de 2018 de 258.823 habitantes. Trata-se de uma das mais importantes cidades turísticas do Paraná (IBGE, 2019).

Este trabalho constitui-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de natureza quantitativa e qualitativa, visando compreender o fluxo, o perfil dos pacientes que doaram seus órgãos e os motivos das recusas para a doação, assim como informações sobre o sistema de transplantes da região Oeste do Paraná e a legislação que o envolve.

Neste estudo, foram analisados todos os casos de captação de órgãos e córneas realizados em Foz do Iguaçu, no período de 2014 a 2017. Entretanto, importante se faz mencionar que os casos de doação/captação de medula óssea e doação de sangue não foram analisados no presente trabalho.

Com relação aos dados obtidos de forma quantitativa nos bancos de dados, se obteve as seguintes variáveis em relação aos doadores de órgãos: sexo, idade, perfil clínico, cidade de origem, doações não efetivadas e os motivos. Os dados coletados foram tabulados e sistematizados em uma planilha de Excel® (Microsoft Office 2007, Microsoft Corporation, EUA) e tratados através de estatística descritiva (número absoluto e percentual).

Já com relação aos dados qualitativos, foi realizado uma entrevista com o (a) enfermeiro (a) secretário (a) da equipe da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) de cada hospital.

A entrevista foi de forma estruturada, realizada no próprio hospital, mediante hora marcada com o (a) secretário (a), gravada e transcrita fielmente utilizando-se um processador de texto (Microsoft Word, versão 2010, EUA), aplicando-se o método de análise de conteúdo. Desta forma descobriu-se o que está por trás de cada conteúdo manifesto, ou seja, analisou-se o que foi falado pelo entrevistado, de modo que se permitiu a conclusão de conhecimentos relativos à percepção destes. Justifica-se a escolha deste método por proporcionar um modelo de entendimento profundo, direcionado a correlacionar o manifesto e o objeto de estudo, e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas, onde se procurou identificar as principais categorias de respostas segundo as perguntas realizadas (BARDIN, 2011).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste (Parecer 2.515.662 de 27/02/2018) (ANEXO A), bem como aprovada a emenda a fim

de acrescentar à pesquisa o Hospital Municipal de Foz do Iguaçu (Parecer 3.068.164 de 10/12/2018) (ANEXO B). Foram incluídos na pesquisa apenas os secretários da CIHDOTT que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e B) após serem esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa.

A fim de situar os leitores, esta dissertação está dividida em três capítulos, subdivididos em tópicos. O primeiro capítulo: “*A morte não é o fim*”, trata sobre os conceitos dos transplantes e da doação de órgãos, sua história a fim de informar ao leitor como surgiu essa prática cirúrgica e quais foram seus desafios ao longo dos anos. Ainda, neste capítulo há as duas modalidades de doações e a caracterização da morte encefálica.

O segundo capítulo “*O que você precisa saber*”, informa ao leitor sobre as alterações legislativas significativas para a doação de órgãos, aliado com a dignidade da pessoa humana, direitos constitucionais, biodireito, e como funciona o Sistema de Saúde no Brasil em relação à doação e transplante de órgãos. Desta forma, o leitor conseguirá traçar uma linha do tempo do tema ora discutido.

Por fim, o terceiro capítulo “*Por onde andei, enquanto você me procurava?*” apresento os resultados e as análises dos resultados do estudo e os novos questionamentos que foram surgindo durante a pesquisa.

2. A MORTE NÃO É O FIM

Quando a morte chega, entendemos que este é o fim. Oliveira (2004, p. 23), cita que a morte é incerta e a qualquer momento podemos ser surpreendidos por ela: “Morrer é parte certa e natural da vida biológica. Somos programados para morrer. No entanto, conviver com a ideia de que algum dia morreremos, e nada poderemos fazer contra isso, não é de fácil aceitação para a maioria das pessoas”.

Entretanto, ao ponderar o transplante como um tratamento que pode salvar ou melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas, entende-se que a morte não é o remate. Aquele que recebe (receptor) o órgão de outro indivíduo (doador), ganha nova oportunidade de vida, desta forma, para ele é um recomeço de uma nova jornada.

Com os avanços da medicina e a necessidade de prolongar a vida dos pacientes cujos órgãos apresentavam insuficiência crônica, e ainda, o aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas, o transplante se tornou uma realidade. A transplantação ou o transplante, como costuma-se chamar, é para muitos pacientes sinônimo de maior qualidade de vida, e para outros, trata-se da única chance de sobrevivência (WESTPHAL, 2011, p. 255-268).

Bandeira (2001, p. 27) menciona que a origem da palavra ‘transplante’ vem do latim *transplantare*, para ele esta técnica trata-se da cessão de órgãos ou parte destes, a ser realocado do mesmo indivíduo (enxerto), ou ainda a outro, no caso de transplantes propriamente ditos, em suas palavras:

(...) transplante alude ato ou ação de arrancar (planta, árvore) de um lugar e plantar em outro, ou introduzir na terra as raízes de uma planta pequena para que se desenvolva, cresça e amadureça. Não obstante o sentido literal da palavra “transplante”, sua utilização na ciência médica é secular, derivada do latim *transplantare*, que significa transferir órgão ou porção deste de uma para outra parte do mesmo indivíduo, ou ainda, de indivíduo vivo ou morto para outro indivíduo. É o ato ou efeito de transplantar (BANDEIRA, 2001, p.27).

Para Maria Helena Diniz, o transplante é uma forma de melhorar a vida de outra pessoa: "Transplantes: na linguagem jurídica em geral, transplantação. Medicina Legal: ato de transferir a alguém órgão ou tecido de pessoa viva ou cadáver, para salvar-lhe a vida, melhorar seu estado ou obter sua cura" (DINIZ, 2010, p.612).

Há quem utilize os dois termos (enxerto e transplantes) como sinônimos, de tal forma que nem a legislação brasileira faz uma distinção. Entretanto, explica-se suas diferenças: para que ocorra o transplante, é necessário que o órgão esteja em boas condições, seja retirado do

corpo do doador e por meio de uma cirurgia seja realocado no corpo do receptor. Já o enxerto, se caracteriza pela remoção de uma parte do corpo, tais como tecidos, células, entre outros, para que sejam reimplantados no mesmo organismo ou em outro receptor, com função autônoma da qual outrora realizava, como exemplo cita-se a ponte de safena/mamária (DINIZ, 2007, p. 291).

Nesta dissertação, foi utilizado a palavra “transplante” como a realocação de um órgão saudável de um indivíduo para outro, cujo órgão já perdeu sua total ou parcial função, com a finalidade exclusivamente terapêutica.

Para que se possa realizar um transplante é necessário a transferência de células, tecidos ou órgãos de um paciente doador para um receptor, seja por perda deste material, mau funcionamento ou qualquer outro problema o qual acarrete a necessidade deste tratamento. Este procedimento tem a finalidade de fazer com que o organismo volte a ser como era (DALBEM, 2010, p. “728-735”).

Menciona-se que o transplante é um tratamento que desperta muitas dúvidas e questionamentos. Inicialmente pela sua complexidade e pela necessidade de profissionais qualificados. Como em qualquer outra cirurgia além de apresentar riscos, há possíveis complicações, tanto durante a realização do procedimento quanto no pós-operatório. A mais temida complicação continua sendo a rejeição do órgão pelo transplantado.

Tratando-se de um tema atual e debatido mundialmente, ao longo do tempo percebe-se houve avanços e mudanças, tanto em questões técnicas (procedimentos) quanto legislativas, buscando sempre a maior taxa efetiva de doações e a conscientização da população acerca do tema. Para se compreender a realidade do município sede da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, bem como o fluxo do transplante, necessário é o aprofundamento na literatura no que diz respeito a como essa prática se tornou bem-sucedida e seu amparo legislativo.

2.1. BREVE HISTÓRICO DOS TRANSPLANTES

Com a evolução da ciência e da medicina, passa-se a ter recursos no combate e cura das doenças que no passado eram mortais. Porém, quando algumas doenças atingem um órgão basilar e este para de funcionar, o transplante pode se tornar a única possibilidade de sobrevivência daquela pessoa.

O que no início tornou-se um alívio para a sociedade, considerando a existência de uma nova forma de tratamento, com o passar dos anos se observou uma situação complicada de se resolver: número de órgãos disponíveis para o transplante insuficientes para suprir a quantidade de pessoas que o necessitavam.

A cada ano, a lista de pessoas que necessitam de um transplante cresce. Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) até março de 2019, constatou-se 33.984 pacientes ativos em lista de espera a fim de receber um órgão no Brasil. Em contrapartida, entre janeiro e março de 2019 foram realizados 2.131 transplantes de Órgãos Sólidos e Tecidos (ABTO, 2019). Assim, verificamos que ainda não foi possível suprir a demanda.

Para que se possa compreender os transplantes e conseqüentemente a doação de órgãos, o próximo tópico percorre a literatura sobre o surgimento desta prática cirúrgica no Mundo, no Brasil e no Paraná.

2.1.1. Contexto dos transplantes de órgãos no mundo

Constata-se que a primeira vez que o termo *transplante* foi utilizado, ocorreu em 1778 pelo pesquisador e cirurgião John Hunter, enquanto realizava suas experiências com órgãos reprodutores em animais (FONSECA; CARVALHO, 2005, p. 04). Ainda, na literatura há a menção de que este pesquisador tenha realizado outras experiências de transplantação, cortando a espora do pé de um frango e transplantando-a na cabeça do animal (TILNEY, 2003). Diante disto, encontram-se muitos relatos sobre quando e como, surgiram os transplantes, sendo o mais mencionado:

Dois médicos chineses, Itoua To e Pien Tsio (Cosme e Damião), eram gêmeos e nasceram em 287 D.C., tendo estudado medicina na Grécia e Cecília, na Ásia Menor. Conta-se que esses médicos teriam transplantado a perna de um soldado negro que acabara de morrer em outro homem, um velho branco que havia perdido a perna naquele mesmo dia. Eles atendiam as pessoas sem cobrar e, por isso, foram perseguidos, julgados e executados por Deocleciano e posteriormente, tornaram-se mártires e santos. Hoje, são os padroeiros dos médicos cirurgiões (LEITE, 2000, p.104).

Em uma escala cronológica, Ferreira (1997) menciona que o primeiro transplante renal autólogo¹ foi realizado em um cão, em que foi retirado o rim do animal e enxertado no pescoço do mesmo animal, no ano de 1902 por Ullman, entretanto, sem sucesso, pois o animal faleceu cinco dias depois.

Já o transplante em humanos, somente foi realizado trinta e três anos depois da tentativa de Ullman, em 1935, por Voronoy e publicado em 1936 na revista espanhola *El Siglo Médico*, como cita Garcia (2015, p.10).

¹ Nesta técnica são utilizadas as próprias células/órgãos do paciente, são retiradas de um local e enxertadas em outro.

[...] Voronoy implantou, em uma jovem de 26 anos, portadora de insuficiência renal aguda ocasionada por envenenamento por cloreto de mercúrio, sob anestesia local, um rim no terço médio da coxa direita, em posição anteromedial, correspondendo ao curso dos vasos sanguíneos. O rim foi obtido de um homem de 60 anos falecido por fratura na base do crânio, sendo removido 6 horas após a morte [...] (GARCIA, 2015, p. 10).

Entretanto, até aquele momento, não haviam sido registrados transplantes realizados com sucesso, tanto em animais quanto em humanos, de forma que o paciente tenha resistido o pós-cirúrgico. Apesar das tentativas infrutíferas, no ano de 1914, Carrel, em palestra na Associação Internacional de Cirurgiões, mencionou que:

O aspecto cirúrgico do transplante de órgãos está resolvido. Somos capazes de realizar transplantes com facilidade e com excelentes resultados do ponto de vista anatômico. Mas estes métodos não podem ainda ser aplicados a humanos, visto que são quase sempre mal-sucedidos do ponto de vista da função dos órgãos. Todos os nossos esforços devem agora ser direcionados para os métodos biológicos que prevenirão a reação do organismo contra tecidos estranhos e permitirão a adaptação do enxerto ao seu hospedeiro (MALININ, 1979).

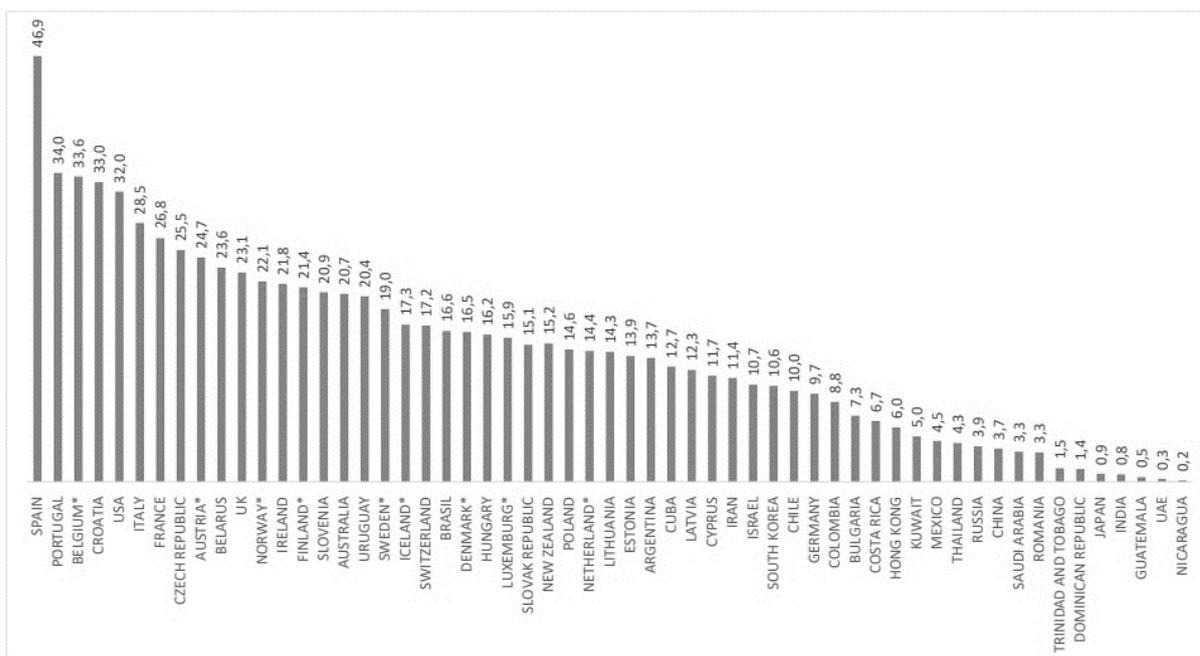
Observa-se que os transplantes eram considerados uma prática cirúrgica avançada já naquela época, entretanto, necessitando empregar mais esforços no que diz respeito à manutenção deste paciente, a fim de que o órgão transplantado não fosse rejeitado pelo corpo do receptor. Somente em 1954, o procedimento foi possível quando houve a realização com sucesso de um transplante de rim (DINIZ, 2001, p. 246). Este transplante foi realizado em Boston - EUA, entre gêmeos idênticos, tendo o receptor sobrevivido ao pós-cirúrgico por aproximadamente oito anos e o doador, faleceu por acidente vascular cerebral cerca de 57 anos após a doação (GARCIA, 2015, p. 43).

Em 1963, Starzl realiza o primeiro transplante de fígado em humanos, entretanto, devido à impossibilidade de se controlar as infecções, hemorragias ou complicações cirúrgicas, todos os seus pacientes morreram durante a cirurgia ou nos dias seguintes (LEMES, 2004).

Desde o início, a técnica cirúrgica de transplantes foi se aperfeiçoando cada vez mais, desenvolvendo-se técnicas e métodos eficazes para a captação do órgão. O resultado ainda não era o esperado, porquanto a principal dificuldade para a concretização de um transplante, naquela época, consistia na eficácia da manutenção do transplantado vivo, o que era muito difícil, considerando as infecções e a rejeição deste órgão pelo receptor.

A eficiência da transplantação foi aumentando, esses problemas foram resolvidos e beneficiou diversas pessoas, o que é possível verificar em um comparativo entre os países do mundo, de dados de 2017, *do International Registry In Organ Donation And Transplantation (IRODAT, 2017, p. 3 e 4).*

Figura 1. Doadores de órgãos falecidos no mundo em 2017 por milhão de população.



Fonte: *International Registry In Organ Donation And Transplantation (IRODAT, 2017, p. 3 e 4)*

Em 2017, o país que mais transplantou órgãos de doadores falecidos foi a Espanha, com 46,9 doação por milhão de população (PMP), tendo o Brasil ficado na vigésima posição.

No que diz respeito aos transplantes de órgãos específicos, em 2017, percebe-se que o órgão mais transplantado no mundo foi o rim, seguido do fígado e coração. Os dados indicam que em relação à doação de rim de doadores falecidos são 43,61 doações pmp na Finlândia, e no caso de doadores vivos o país com o maior número de doações foi a Turquia com 33,8 pmp (IRODAT 2017, p. 7 e 8).

Observando esses dados, pode-se erroneamente supor que a demanda é suprida, levando em consideração a grande quantidade de transplantes realizados. Apesar disso, uma consulta ao site da *United Network for Organ Sharing (UNOS)*, verifica-se a triste realidade de que na data de 17/11/2018, 114.567 pessoas necessitavam de um transplante de órgãos no mundo (candidatos à lista de espera total). Deste total, 75.325 pessoas eram candidatos ativos na lista de espera (UNOS, 2018).

Compreender a magnitude do problema de doação de órgãos tornou-se uma questão de interesse social, político e científico, sendo fundamental uma leitura aprofundada sobre o tema a fim de verificar possíveis e necessárias melhorias que contribuam para o aumento desta prática.

2.1.2. *Como surgiram os transplantes no Brasil?*

No Brasil, mencionam-se três dados importantes, pois há uma divergência no que diz respeito à informação sobre o primeiro transplante realizado no país. Badoch (2014, p. 10), informa que o primeiro transplante realizado no Paraná, foi o de córneas no ano de 1959. Outros autores mencionam que o primeiro transplante no Brasil tenha sido realizado em 1964, sendo um transplante renal no Hospital dos servidores do Rio de Janeiro-RJ. O caso não foi publicado de forma científica, mas teria sido divulgado pela imprensa (VASCONCELOS, 1998; SILVA NETO, 2006).

Outras evidências apontam que o primeiro transplante realizado neste país foi o de fígado, efetivado pela equipe do Dr. Marcel Machado, em 1968, no Hospital das Clínicas de São Paulo-SP, sendo considerado o primeiro transplante bem-sucedido da América Latina (MIES, 1998).

No mesmo ano, também em São Paulo-SP, foram realizados três transplantes de coração, cinco de fígado e dois de intestino (GARCIA, 2015, p. 44; MACHADO, 2010). Ainda, constata-se que o professor Euríclides de Jesus Zerbini, em 1968, realizou o primeiro transplante de coração no Brasil, sendo também o primeiro a utilizar o conceito de morte encefálica (ME) no Brasil (NOTHEN, 2004; PEREIRA, 2000).

Com o avanço da medicina e estudos sobre os transplantes, em 1997, entra em vigor a lei dos transplantes e o decreto que a regulamenta, criando no referido ano o Sistema Nacional de Transplante (SNT) e as centrais estaduais de transplante, chamadas de Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), passando a ser responsabilidade do Governo Federal o controle do transplante no Brasil (GARCIA, 2015; SILVA, 2011).

Segundo informa Garcia (2015, p. 75), em um comparativo, a maioria dos países desenvolvidos consegue efetivar de 15 a 35 doadores pmp por ano, enquanto o Brasil efetivou no ano de 2014, o montante de 14,2 doadores pmp. Ainda, conforme os dados da Associação Brasileira de Transplante de órgãos (ABTO), de janeiro de 2006 a dezembro de 2016, foram realizados no Brasil mais de 73.365 transplantes em números absolutos. Constata-se que, no que diz respeito aos órgãos mais transplantados, o Brasil não difere do panorama mundial, e os

órgãos mais transplantados no país foram: o rim, seguido do fígado e coração (ABTO, 2016, p. 03).

Sabe-se que o número de transplantes realizados mundialmente continua a aumentar e com o Brasil não é diferente. Em 2015, o país ostentou posição de destaque comparado com os demais países desenvolvidos, ficando em segundo lugar em número absoluto de transplantes renais, com o montante de 5.648 transplantes (doadores vivos e de cadáver), ficando atrás somente dos Estados Unidos que apresentou o montante de 17.878 transplantes renais (ABTO, 2016, p. 03).

Entretanto, verificou-se também que, em dezembro de 2017, ainda se encontravam mais de 32.402 pessoas aguardando um transplante no Brasil (ABTO, 2017, p. 22), o que indica que muito ainda deve ser feito, revisto ou inovado para que haja uma estabilização, no que diz respeito a procura pelo transplante e efetivação do mesmo.

2.1.3. Contexto dos transplantes de órgãos no Paraná

Com relação ao Paraná, poucas são as informações acerca do primeiro transplante realizado neste estado. Segundo Badoch (2014, p. 10), em uma escala cronológica, o primeiro transplante realizado no Paraná, foi o de córneas no ano de 1959, enquanto o primeiro transplante de rim teria ocorrido em 1973 com um doador vivo, na cidade de Londrina-PR.

Também, menciona a autora, que em 1985 ocorreu o primeiro transplante de coração no Paraná, no Hospital Evangélico de Curitiba-PR, seguido do primeiro transplante de rim e pâncreas em 2001, no Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul-PR (BADOCH, 2014, p.10).

Diante da literatura explorada, verifica-se que em aproximadamente 30 anos, apesar de um curto espaço de tempo, houve um avanço com relação aos transplantes, em um panorama geral, eis que passaram de procedimentos arriscados, para uma intervenção terapêutica eficaz em pacientes crônicos (GARCIA, 2006).

Ao se comparar o ano de 2016 com o ano de 2015, no Paraná houve um aumento de 42% na doação de órgãos, sendo um dos cinco estados que se destacou na doação de órgãos. Durante o ano de 2016, no Paraná, foram registrados um total de 48,6 doações de rim por milhão de população, sendo que, desse total, 35,8 doações pmp foram de doadores falecidos e 12,8 doações pmp foram de doadores vivos. Já com relação ao fígado, foram registrados no total

19,2 doações pmp, sendo que desse total, 19,1 das doações foram de doadores falecidos e 0,1 de doadores vivos (ABTO, 2016, p. 11-12).

Já no primeiro semestre de 2017, o Paraná ficou no primeiro lugar em relação aos transplantes de rim, comparado aos outros estados brasileiros, obtendo o total de 50,7 doações pmp, sendo que desse total 38,8 doações pmp foram de doadores falecidos e 11,9 de doadores vivos. Já com relação ao fígado foram registrados no total de 21,9 doações pmp, sendo que dessas doações, todas foram de doadores falecidos (ABTO 2016, p. 8-9). Entretanto, até julho de 2017, constata-se a presença de mais de 1.300 pessoas ativas na lista de espera por um órgão (ABTO, 2016, p. 17).

Desta forma, consoante as informações apresentadas, verifica-se que apesar do Paraná ter como objetivo a regionalização da saúde promover um melhoramento do fluxo de pacientes que não encontram o procedimento médico necessário em sua cidade (BRASIL, 2002), existem aspectos relacionados com esta logística que podem ser melhorados e aprimorados, para que se obtenha um aumento na efetividade de transporte dos órgãos captados para a realização transplantes.

2.2 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Em relação aos transplantes, precisa-se abordar essencialmente também a doação de órgãos, porquanto um consiste na técnica cirúrgica e na realocação dos órgãos o outro trata, entre outros processos, da captação do órgão. Ainda, pode-se dizer que o processo de doação é definido como um conjunto de ações e procedimentos para que seja possível transformar um potencial doador em um doador efetivo.

A doação de órgãos é compreendida como um ato solidário, desprendido e altruísta, uma vez que não deve ser remunerado. Têm-se na doação de órgãos, duas modalidades de transplante: a *intervivos* e a *post mortem* (doação após a morte - de cadáver). O primeiro compreende ao tipo de transplante onde os sujeitos (tanto doador quanto o receptor) estão vivos. A outra modalidade, ocorre em pessoas já falecidas. Deve-se existir a manifestação expressa de seus parentes capazes, linha reta ou colateral, até segundo grau, ou cônjuge, na aceitação da doação dos órgãos (BRASIL, 1997).

Importante ressaltar que independente da modalidade em que ocorra a doação de órgãos, para que um órgão possa ser transplantado são necessários diversos cuidados médicos, exames e uma ação rápida, pois, os órgãos possuem “tempo de vida extracorpórea” extremamente curto. Igualmente, deve-se agilizar os procedimentos, considerando o tempo máximo que se tem para

que o órgão possa ser retirado e transplantado sem que haja o perecimento do órgão. O prazo entre a retirada do órgão do doador e o seu implante no receptor é chamado de tempo de isquemia e cada órgão possui o seu, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Tempo de isquemia de cada órgão captado para transplantação.

Órgão Tecido	Tempo máximo para retirada	Tempo máximo de preservação extracorpórea
Córneas	6 horas Pós Parada Cardiorespiratória	7 dias
Coração	Antes da Parada Cardiorespiratória	4 a 6 horas
Pulmões	Antes da Parada Cardiorespiratória	4 a 6 horas
Rins	Até 30 minutos Pós Parada Cardiorespiratória	Até 48 horas
Fígado	Antes da Parada Cardiorespiratória	12 a 24 horas
Pâncreas	Antes da Parada Cardiorespiratória	12 a 24 horas
Ossos	06 horas Pós Parada Cardiorespiratória	Até 05 anos

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (2002)

O tempo de isquemia começa quando o órgão é resfriado com uma solução de perfusão fria após a captação do mesmo, e termina quando o tecido atinge a temperatura fisiológica durante os procedimentos da realocação no corpo do receptor. Desta forma, para que se preserve o órgão até a realocação no receptor, deve-se preparar o órgão e transportá-lo de forma segura e dentro do tempo exigido.

2.2.1 Doação em vida

A doação de órgãos em vida compreende ao tipo de transplante onde os sujeitos (tanto doador quanto o receptor) estão vivos. Nessa modalidade, verifica-se consoante a legislação vigente (Lei 9.434/1997) que somente é permitida a doação por pessoa juridicamente capaz, dispondo do seu órgão, tecido e partes do seu próprio corpo vivo de maneira gratuita, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau ou qualquer outra pessoa mediante autorização judicial, exceto nos casos de doação de medula óssea (BRASIL, 1997).

Este procedimento (intervivos) só é permitido para a doação de órgãos duplos, tecidos ou parte do corpo, cuja retirada não o impeça de continuar vivendo sem ter sua integridade e saúde mental comprometida, sendo inaceitável a ocorrência de deformações (PEREIRA, 2006).

Para que esta modalidade de doação ocorra, deve se seguir alguns critérios, dentre eles o doador deve estar em boas condições de saúde, conforme a avaliação médica, capaz juridicamente e deve concordar com a doação (COELHO, 2006). Podemos conceituar doador como sendo:

A pessoa que não implica em nenhum momento sobre a disponibilidade gratuita do próprio corpo. É pessoa maior e capaz, apta a fazer doação em vida ou pós morte de tecidos, órgãos ou parte de seu corpo, com fins terapêuticos e humanitários (CHAVES, 1994, p. 249).

O doador é aquele indivíduo que concorda com a retirada de órgãos, tecidos ou partes de seu corpo, para fins de transplantes. É a pessoa que, de forma altruísta e gratuita, dispõe de um ou mais órgãos com a intenção de salvar ou melhorar qualidade de vida de outrem. O receptor é aquela pessoa que irá receber os tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, não necessitando mais de máquinas para sobreviver:

[...] indivíduo em condições de receber por transplante de tecidos, órgãos ou partes do corpo de outra pessoa viva ou morta e que apresenta perspectivas fundadas de prolongamento de vida ou melhoria de saúde (CHAVES, 1994, p. 249).

O art. 9º da Lei de Transplantes (BRASIL, 1997) dispõe que: “pais, irmãos, filhos, avós, tios e primos podem ser doadores. Não parentes podem ser doadores somente com autorização judicial”. Deste modo, entendemos que a lei estabelece que parentes até o quarto grau podem ser doadores intervivos, sendo necessário, entretanto, autorização judicial para se realizar uma doação a terceiros que não possuem parentesco:

[...] para a realização do chamado transplante intervivos, deve haver quatro requisitos, sendo eles: a capacidade do doador, autorização judicial, justificativa médica e vínculo familiar específico entre doador e receptor (COELHO, 2003, p. 199).

Os órgãos e tecidos que podem ser obtidos de um doador vivo são: rim, medula óssea, fígado e pulmão. O rim pode ser doado em vida por ser um órgão duplo. Já a medula óssea pode ser obtida por meio da aspiração óssea direta ou pela coleta de sangue. No que diz respeito ao

fígado ou ao pulmão, estes poderão ser doados em partes, visto que o fígado pode se regenerar em até 75% (LIMA, 1996, p. 120).

Observa-se que tanto para ser um receptor quanto um doador, além de seus requisitos naturais, deve-se obter a vontade destes, sendo esta essencial para haver a doação tanto em vida quanto em morte. Em se tratando de doador menor, incapaz, somente poderá doar os órgãos se houver uma autorização judicial e ambos os pais ou responsáveis legais autorizem, como se extrai da própria Lei de Transplantes 9.434/1997 (BRASIL, 1997). Nesse sentido, Goldim (2005), adverte quanto aos problemas existentes no que diz respeito à modalidade intervivos:

A obtenção de órgãos de doador vivo tem sido muito utilizada, ainda é útil, porém é igualmente questionável desde o ponto de vista ético. Este tipo de doação somente tem sido aceita quando existe relação de parentesco entre doador e receptor. A doação de órgãos por parte de amigos ou até mesmo de desconhecidos tem sido fortemente evitada. As questões envolvidas são a autonomia e a liberdade do doador ao dar seu consentimento e a avaliação de risco/benefício associada ao procedimento, especialmente com relação à não-maleficência (mutilação) do doador (GOLDIM, 2005).

Deste modo, pode-se afirmar que a doação em vida é um ato realizado entre o doador e o receptor indicado, tendo o Estado, papel de regular a transferência. É sabido que, se não houvesse essa possibilidade de escolha pelo doador, a doação em vida seria impraticável. Isto porque, não se estaria diante de um homem-médio², e sim de um indivíduo com extrema bondade consentindo em uma retirada de uns de seus órgãos em favor de outrem, que ele nunca conheceu.

Segundo Steiner (2004, p. 101), a doação não está fundada em compaixão, mas sim, em um método de aumentar o tempo de vida daqueles que amamos.

Além do mais, essa doação não pode se remeter à doação modesta, aquela que, fundada na compaixão, no altruísmo ou na amizade, põe uma “pitada de sal” na vida cotidiana: relacionando indivíduos iguais – uma doação geralmente classificada de horizontal –, a “doação” de órgãos escapa a isso ao tocar os limites da vida e da morte e, portanto, se inclui na dimensão de uma doação primordial, denominada vertical, que põe em jogo as poderosas dimensões simbólicas da relação do homem com o mundo (STEINER, 2004, p. 101).

Sabe-se que, quando se trata de uma pessoa próxima ao cotidiano daqueles que o cercam, o carinho tem um valor exacerbado de tal maneira que, a doação não se trata de piedade, trata-se de uma ferramenta que prolonga a vida.

² Trata-se de uma criação jurídica para servir de medida para o comportamento dos seres humanos, ou seja, é uma espécie de equilíbrio do direito, servindo para comparar as condutas e as características das pessoas.

2.2.2 Doação após a morte e a caracterização da morte encefálica

De outro lado, no que diz respeito à outra modalidade, a doação *post mortem*, esta ocorre de pessoas já falecidas. Devendo existir a manifestação expressa de seus parentes capazes, linha reta ou colateral, até segundo grau, ou cônjuge, na aceitação da doação dos órgãos.

A lei nº 9.434/1997 traz em seu capítulo II, artigo 3º³, a determinação do critério da ME como parâmetro para a retirada dos órgãos, tecidos e partes do corpo humano de cadáveres. Ainda, permite a remoção dos órgãos, tecidos e partes do corpo de pessoa jurídica incapaz, *post mortem*, desde que permitida expressamente pelos pais ou responsáveis legais (BRASIL, 1997).

Para que seja possível a doação após a morte é necessária ser constatada a ME do potencial doador. Desta forma o Decreto nº 2.268/1997 regulamenta a matéria, repetindo a linha da lei nº 9.434/1997, trazendo como critério a determinação da ME. Entretanto, deve-se mencionar que tanto o Decreto e a Lei acima mencionados não foram os primeiros a caracterizar a ME.

A primeira aparição do termo e definição ocorreu em 1968, a qual alterou o conceito de morte, que era entendido primeiramente como a parada cardíaca e respiratória, divulgada pelo Comitê *ad hoc* da Harvard Medical School, Estados Unidos (SÁ, 2003, p. 56-57).

Sobre a morte, Morato informa:

A maioria das pessoas entende a ausência de incursões ventilatórias pulmonares ou de batimentos cardíacos, de forma cartesiana, como a iminência da morte. Porém, o que nos faz humanos é a atividade vigorosa e incessante de trilhões de neurônios localizados no encéfalo. Logicamente, a cessação irreversível dessa atividade encefálica determina a morte humana (MORATO, 2009, p. 227-236).

É possível encontrar situações em que os familiares não compreendem a morte, justificando que se há batimentos cardíacos, se o paciente está quente e se respira através de aparelhos auxiliares, aquele ente querido ainda não morreu. Como bem ressaltado pelo autor, somente existe a morte do ser, com a cessação da atividade encefálica, é esta ausência de atividade que faz determinar a morte do paciente.

A ME pode ser definida como a parada irreversível e definitiva do encéfalo (cérebro e tronco cerebral), que provoca em alguns minutos a falência de todos os órgãos, sendo

³Art. 3º: A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”.

caracterizada pela falta da atividade elétrica e metabólica do cérebro, bem como a falta do fluxo sanguíneo em quantidades necessárias no cérebro. Apesar de haver batimentos cardíacos, a pessoa com ME não pode respirar sem a ajuda de aparelhos, deste modo, o coração segue batendo por algumas horas até que ocorra a parada cardíaca (CUIABANO, 2010, p. 20).

Em uma análise da literatura, verifica-se que há uma distinção no que diz respeito à ME e morte cerebral. Como explicado anteriormente, a ME é o termo apropriado para a morte, parada irreversível e definitiva do cérebro e do tronco cerebral. Já na morte cerebral as funções cerebrais estão ativas, há a perda definitiva das funções neurológicas do cérebro (CHAVES, 1994, p. 50).

Quando constatada a morte, retira-se toda e qualquer esperança dos familiares de ter seu ente querido novamente entre eles. Deste modo, faz-se necessário lembrar que com o avanço da medicina tem-se uma prolongação da vida, com o suporte de equipamentos que consegue manter o paciente com seus órgãos funcionando, porém, com um cérebro morto.

A ME deve ser constatada e registrada por dois médicos, não participante da equipe de remoção e transplante utilizando métodos clínicos e tecnológicos definidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). No Brasil, o diagnóstico da ME é definido pela Resolução do CFM nº 2.173/17, devendo ser realizado por dois médicos especificamente qualificados, os quais necessitam descrever todos os elementos do exame neurológico que demonstram ausência de reflexos do tronco cerebral, bem como um exame complementar (BRASIL, 1997, p. 18).

Importante mencionar que no ano de 2017, houve a publicação do Decreto nº 9.175 (BRASIL, 2017), o qual modernizou o reformou o papel da família na doação, eis que o novo texto retirou a “doação presumida” do decreto anterior (Decreto nº 2.268/1997). Houve a inclusão do cônjuge/companheiro como autorizador da doação, não sendo imprescindível estar casado oficialmente para autorizar.

Verifica-se que alguns obstáculos foram ganhando destaque inicialmente com relação à efetivação dos transplantes: infecções, complicações cirúrgicas e a rejeição do novo órgão. Conforme a medicina foi se aperfeiçoando as dificuldades de se encontrar doadores e a necessidade de uma legislação que estabelecesse os critérios para a doação começaram a surgir (KAHAN, 2007).

Quando há a doação após a morte, a Central Estadual de Transplantes, solicita a cada enfermeiro responsável pela coleta dos dados desse potencial doador, que preencha um formulário, informando o que foi conversado com os familiares e descrever os motivos, caso a doação não possa ser concretizada. Além disso, neste formulário as negativas para a doação foram divididas em três grandes grupos: 1) Recusa Familiar; 2) Contraindicações Clínicas; 3)

Problemas Logístico/Estrutural (Anexo D). É possível observar que cada grupo possui uma subdivisão, conforme descrito no Quadro 2.

Somente com a constatação da ME pode-se iniciar os procedimentos para que se verifique a possibilidade de este ser um potencial doador. Neste momento, respeitar a decisão do paciente, agora morto, em ser doador ou não, deve ser considerada. Desta forma entende-se que, muitas vezes, por falta do conhecimento acerca das leis ou, pela sensação imensa da dor da perda, profissionais não capacitados e falta de investimentos governamentais, acabam por estimular a recusa da doação.

A doação de órgãos, apesar de ser discutido e ter despertado interesse em vários países, devido à falta de esclarecimento sobre o tema, conhecimento e a ausência de programas permanentes voltados para a conscientização da população, a falta de incentivo à subsídios para estimular a captação de órgãos e uma logística falha, acabam contribuindo para alimentar dúvidas e arraigar mitos e preconceitos (NEUMANN, 1997).

A doação de órgãos trata-se de um serviço gratuito, sem remuneração para quem doa, sendo um ato humanitário e de amor ao próximo. Portanto, tal prática deve ser informada, divulgada, difundida e mais pesquisada pois, deve-se buscar meios de aumentar consideravelmente a prática de tal ato. A população deve saber seus direitos, suas opções e conhecer a legislação vigente para que não existam dúvidas sobre o referido tema.

Quadro 2. Motivos para a inviabilidade para a doação.

Recusa Familiar	Contraindicação Clínica	Problema Logístico/Estrutural
Desconhecimento sobre a vontade do doador	Sorologia HIV [+]	Equipe de retirada não disponível
Dissenso familiar	Sorologia HTLV [+]	Família não localizada
Doador contrário à doação em vida	Sorologia Hepatite B [+] (PCR)	Deficiência estrutural da Instituição
Familiar contrário à doação	Sorologia Hepatite C [+] (PCR)	Sem identificação
Familiar descontente com o atendimento	Infecção grave (bacteriana/viral em atividade)	
Familiar deseja o corpo íntegro	Portador de neoplasia exceto in situ de colo útero e carcinoma basocelular	
Familiar indeciso	Acima do tempo máximo de retirada em PCR	
Familiar não entendeu o diagnóstico de morte encefálica	Diagnóstico desconhecido	
Familiar sem condições emocionais para decisão	Fora da faixa etária para PCR ≤ 03 a ≥ 70 anos	
Familiar se recusa a explicar o motivo	Fora da faixa etária para ME ≥ 81 anos	
Favoráveis à doação após a parada cardiorrespiratória	Outras doenças crônico-degenerativas	
Impedimento legal	Órgão ou tecido inviável para captação	
Motivo religioso	Hemodiluição em PCR	
Receio na demora para liberação do corpo	Parada cardíaca em M.E	
	Portador de tatuagem/piercing ≤ 12 meses em PCR	
	Ex-detento há ≤ 12 meses em PCR	

Fonte: Extraído do Formulário Notificação de Potencial Doador de Morte Encefálica, CET, p. 07 (ANEXO D).

3. O QUE VOCÊ PRECISA SABER

Com o avanço da ciência surgiram novas possibilidades de salvar vidas, sendo uma delas a utilização do transplante de órgãos e tecidos. Com a realização da primeira cirurgia de transplantes de órgãos no Brasil, a legislação acabou deparando-se com a problemática da disponibilidade dos direitos da personalidade, em destaque o direito de indisponibilidade sobre o próprio corpo.

Em 1997, surge a Lei nº 9.434/1997 que dispõe que todos os cidadãos seriam doadores obrigatórios, de modo que se fazia necessário o registro no documento de identificação civil a manifestação da negativa de ser doador. Essa imposição legal foi alvo de diversas críticas por parte da doutrina especializada e pela sociedade (SOUZA, 2011, p. 08).

A sociedade não se sujeitou a tal dispositivo legal, devido à insegurança gerada pelas possibilidades de diagnóstico antecipado, somada a carência e incapacidade do Sistema de Saúde do país, deixando a população assim vulnerável. Houve então uma perda da legitimidade da norma, deixando à família do indivíduo falecido a palavra final, sendo da prática médica a necessidade do pedido de autorização para realização do procedimento de preparação e transplante (SOUZA, 2011, p. 08).

Importante se faz mencionar que com o advento desta lei em 1997, foi instituído o SNT, sendo considerado o maior programa público de transplantes do mundo, pois está presente em 23 estados do Brasil e envolve 555 estabelecimentos de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE [CONASS], 2006).

Em 1998, foi editada a Medida Provisória nº 1.718, alterando a legislação vigente, passando a adotar a autorização familiar para a doação dos órgãos, se tornando após na Lei Federal nº. 10.211, em 23/03/2001 (BORGES, 2007).

Complementando a opção legislativa, a lei brasileira determina que o transplante só seja realizado caso não haja outro meio de prolongamento ou melhora da qualidade de vida ou melhora da saúde do indivíduo enfermo, bem como, que o doador de órgãos, tecidos ou partes do corpo, seja pessoa maior e capaz, e se houver conhecimento consolidado na medicina que admita algum êxito na operação, ficando expressamente vedada à tentativa de experimentação no ser humano (BRASIL, 2002).

No que tange a disponibilidade de partes do corpo ante o direito à vida, Da Silva (2004, p. 199) afirma que:

A vida, além de ser um direito fundamental do indivíduo, é também um interesse que, não só ao Estado, mas à própria Humanidade, em função de sua conservação, cabe preservar. Do mesmo modo que a ninguém é legítimo alienar outros direitos fundamentais, como a liberdade, por exemplo, também não se lhe admite alienar a própria vida, em nenhuma de suas dimensões (DA SILVA, 2004, p. 199).

Desta forma o autor reconhece a vida de cada pessoa como um direito que não se vincula apenas a um determinado indivíduo, que planeja dispor da sua integridade física como um doador, mas sim como um bem jurídico próprio à humanidade. Neste caso é visto que o cabimento do direito à vida não é deste indivíduo em si, mas é de todo o Estado, competindo a ele disciplinar sobre tais assuntos, porquanto são extremamente delicados e vulneráveis.

Além de parâmetros subjetivos e técnicos, a doação de órgãos será submetida às considerações qualitativas sobre o órgão retirado. De fato, o transplante ocorre somente depois

que condições técnicas precisas tenham sido examinadas e que compatibilidades tenham sido verificadas. Segundo a Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE) a doação implica critérios de seleção como: idade, o diagnóstico que levou à morte clínica e tipo sanguíneo (ADOTE, 2008). São questões que, de forma muito cautelosa, são estudadas para identificar se há um receptor compatível com aquele doador.

A fila é grande e existem muitas exigências a serem atendidas até que um órgão possa ser transplantado. Essas exigências, tão necessárias, são somente uma garantia dos direitos humanos, para que sejam obedecidos os critérios mínimos que garantam a segurança de quem está doando e para quem será doado, havendo integridade no tratamento do indivíduo.

3.1. A LEI DE TRANSPLANTES E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

A Lei de Transplantes de Órgãos, Lei 9.434/1997, trouxe em seu núcleo determinações que geraram muitas críticas quanto à sua possibilidade de ser colocada em prática, bem como sua conduta ética. Deste modo, estes aspectos viraram polêmica, cercados de dilemas éticos e morais, suscitando assim manifestações da Bioética e do Biodireito⁴, sendo deste modo, contraditados e posteriormente alterados (CONTI, 2004).

Através de seus 25 artigos, esta lei (BRASIL, 1997) traz quem poderá ser doador e como deverá ser realizado todo o procedimento dos transplantes. Está fundada nos princípios básicos instaurados pela Constituição Federal de 1988, sendo vedada outra forma de destinação dos órgãos se não a gratuita e para fins terapêuticos.

Esta lei, bem como o Código Civil determina que poderá ser realizada a doação de órgãos tanto *intervivos* ou *post mortem*, sendo que esta última, só poderá ser realizada se for comprovada a ME, requisito fundamental para a retirada dos órgãos (CALDEIRA, 2014, p. 4).

Nos dois tipos de doações exigem-se a manifestação da vontade, sendo tal requisito essencial e caracterizador da doação. No caso da doação em vida, deverá o doador se manifestar por escrito, assim como, dispõe o artigo 8º, parágrafo 4º da aludida lei: “O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada”. Já na doação após a morte, o mesmo deverá ser feito, o doador deverá expressar seu consentimento aos seus familiares e estes ficarão encarregados de repassar a vontade do falecido aos médicos.

⁴ A bioética é a ciência que tem como finalidade indicar os limites e objetivos das intervenções humanas sobre a vida. Já o Biodireito é o ramo do Direito Público que estuda as relações jurídicas entre o direito e os avanços tecnológicos da medicina e da biotecnologia, com relação direta ao corpo e à dignidade da pessoa humana.

A Lei de Transplantes inovou ao retirar de seu rol a doação consentida, presente na Lei 8.489 de 1992, devendo a família respeitar a última vontade do paciente falecido, seja a de doar ou não seus órgãos *post mortem*. Deste modo, entende-se que, se não existir a manifestação da vontade do paciente, perde-se um dos principais classificadores da doação pura. Isso automaticamente questiona o fato da doação após a morte, configurar, no caso da manifestação ou não da família, um novo contexto de doação. Neste segundo caso, vemos que é mais relevante o que seus familiares pensam ser o correto entre a doação ou não dos órgãos, sendo quase que irrelevante o que o falecido tinha como vontade.

Vale a pena lembrar que, desta forma, a legislação vigente determina que o ultimato de decisão recai nos familiares do morto e não mais na vontade, o que afeta a disponibilidade de órgão para a fila única, onde era suposto que haveria mais doadores, contando com a vontade expressa em vida por aquele que agora se encontra morto.

Sobre isto, Gonçalves (2012, p.121), relata:

[...] ao exigir a autorização dos familiares do falecido para realizar o transplante, afastou a presunção de que todas as pessoas eram doadoras potenciais. Para enfatizar que a decisão de disposição do próprio corpo constitui ato personalíssimo do disponente [...] (GONÇALVES, 2012, p. 121).

Embora exista a figura do testamento que constitui ato de declaração de última vontade, o qual permite dispor de diversas situações, no caso de doação de órgãos, este não surte efeito desejado caso a família não concorde com o procedimento, tornando assim inexecutável o testamento neste aspecto. Tem-se então que a anuência dos familiares se faz imprescindível para que a pessoa realize o desejo de se tornar doadora de órgãos e tecidos, podendo ser concretizado após seu falecimento. Para Casabona (2007, p. 130):

A informação e o consentimento informado são obrigações legais, como meio de respeito da autonomia ou autodeterminação dos pacientes, cujos direitos fundamentais e civis mantêm sua plena vigência apesar da situação de debilidade em que possam se encontrar, por causa dos padecimentos que sua enfermidade provoca (CASABONA, 2007, p.130).

A única circunstância em que justificaria a imposição de um tratamento sem o consentimento informado do paciente, seria o tratamento de emergência. Nesta situação, o médico deve priorizar a beneficência sobre a autonomia. Também a este respeito pensa Morán que (2006, p. 267):

O consentimento informado, em sentido estrito, consiste na explicação ao paciente da natureza de sua enfermidade e demais elementos necessários para que aquele compreenda bem as vantagens e inconveniências do tratamento e do ato médico, sendo que a informação deve preceder necessariamente ao consentimento, que é um ato de vontade pelo qual se aceita ou se rechaça as opções ou possibilidades apresentadas pelo médico (MORÁN, 2006, p. 267).

Dos autores, é possível se extrair que o consentimento informado para o possível doador é elemento necessário para que haja respeito ao princípio da autonomia dos indivíduos. É dever não somente do médico, mas de todos que fazem parte do convívio do doador entender, esclarecer e respeitar este direito, bem como explicar ao paciente os possíveis efeitos colaterais e os que podem advir se a prática terapêutica não for bem sucedida, deixando que o paciente realize a escolha como melhor lhe convir

A morte traz somente o fim da pessoa, corpo aqui propriamente dito, e não há a extinção de seus direitos. Em prol da dignidade humana, aqui estes direitos são estendidos à família, todos aqueles atos que dizem respeito ao paciente já falecido. Estes são legítimos para disporem do corpo, visando preservar sua honra e integridade, entendendo assim essa deliberação de direitos em prol do indivíduo.

A doação *post mortem* realizada pelos familiares do falecido deve seguir a moral e os costumes e estar de acordo com a legislação civil brasileira. Assim, se não for seguida esta liberalidade familiar, tornará a ação ineficaz e não legítima, sofrendo uma mercantilização dos órgãos, o que é expressamente vedado pela Constituição Federal de 1988.

Com o advento da lei 9.434/1997, no que diz respeito ao artigo 4º, onde este se refere ao consentimento do doador para doar seus órgãos pós morte, ressalta-se que a redação original deste artigo era dotada de presunção de consentimento, em que o doador era toda a pessoa capaz que não se manifestasse contrário à doação em vida. Isto gerou uma grande polêmica na sociedade visto que, o referido texto legal obrigava as pessoas que não desejavam ser doadoras, que constassem em seus documentos esta opção, havendo várias represálias por parte dos juristas em que estes defenderam que esta lei teria suprimido as liberdades básicas do ser humano, principalmente a dignidade e sua capacidade de autodeterminação. Acrescentam ainda que, com esta atitude o Estado estaria interferindo na autonomia da pessoa, sendo esta lei inconveniente na vida privada do cidadão.

Por fim, se faz necessário mencionar a título de conhecimento, sobre a tramitação legislativa Projeto de Lei 453 de 2017, de autoria do Senador Laiser, que requer a alteração o “caput” do art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, de modo que tornaria o consentimento familiar, no caso da doação de órgãos/tecidos, após a morte, somente necessário

quando ausente a manifestação expressa do potencial doador em vida (extrai-se da legislação que esta manifestação deve ser firmada em documento assinado por duas testemunhas que atestem a morte do doador) (BRASIL, 2017).

Para isto, o Senador Lasier se apoiou na tutela da autonomia da vontade do potencial doador de órgãos, assegurada pelo Código Civil (art. 14 do Código Civil). O Senador em suas justificativas informou que a Lei dos Transplantes (9.434/1997) deve sofrer intervenção legislativa a fim de se aperfeiçoar a legislação e adequá-la as necessidades e obscuridades da lei (BRASIL, 2017).

Sabe-se que a fila é grande e existem muitas exigências a serem atendidas até que um órgão possa ser transplantado, essas exigências tão necessárias, são somente uma garantia dos direitos humanos, para que sejam obedecidos os critérios mínimos que garantem a segurança de quem está doando e para quem o(s) órgão(s) será(ão) doado(s), havendo integridade no tratamento do indivíduo. Também é uma forma de garantir que cada vez haja menos transplantes ilegais e tráfico de órgãos.

Entretanto, mesmo com a Lei de Transplantes em vigor, verifica-se que não foi o suficiente para aumentar as doações de órgãos. Ainda se faz necessário que todos possam entender e sentir que estão protegidos pela legislação e que podem expressar livremente a vontade de ser um doador e que esta será respeitada. É preciso implementar as práticas sociais em prol da conscientização do benefício da doação em vida, tanto de sangue, tecidos, medula e outras partes do corpo que podem restaurar uma pessoa ou que podem salvar a vida de outras.

A população precisa compreender que é muito mais provável que se necessite de um transplante do que exista a possibilidade desta pessoa ser um potencial doador, eis que não sabemos a forma como iremos morrer. Através desta conscientização, cada cidadão alterará a forma como enxerga a doação de órgãos, fazendo com que todos se disponham a ajudar o próximo, assim como, um dia poderão precisar desta mesma ajuda.

Desta maneira, será possível uma reação em cadeia com menos pessoas aguardando na fila de espera, o que geraria redução na procura de outra forma de conseguir um órgão e, conseqüentemente o fim do tráfico de órgãos, que não respeita nem ao menos os direitos básicos daqueles que se fazem doadores.

3.2. DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

Como a humanidade sofre influência de seus antepassados, a saúde pública no Brasil foi se modificando conforme o contexto sócio-político foi requisitando. Podemos dizer que a saúde pública se organizou conforme os contextos políticos específicos.

A saúde pública brasileira teve início a partir do século XX com a sistematização das práticas sanitárias pelo Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, o qual se propôs a erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro-RJ, tendo em vista que nessa época, esta cidade apresentava um quadro sanitário comprometido, no que diz respeito à presença de doenças graves, tais como varíola, malária e peste negra (POLIGNANO, 2001; NUNES, 2000).

Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde em 1920, introduzindo a propaganda e a educação sanitária. Esse modelo de assistência, devido a numerosas campanhas realizadas para o combate das doenças, ficou conhecido como campanhista, tendo em vista que, neste momento da história do sistema de saúde brasileiro, toda a preocupação com a devida assistência a população estava direcionada ao controle de combate de doenças (POLIGNANO, 2001).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, foi criado o então conhecido SUS – Sistema Único de Saúde. Com a criação deste sistema, objetivou-se ofertar à população um sistema de saúde que atendesse a todos, sem distinção de raça, etnia, credo ou poder aquisitivo (BRASIL, 201?).

Ainda, no período de 1989 a 1990, houve a criação da Lei Orgânica 8.080/1990 a qual regulamenta o SUS. De acordo com esta lei, a saúde passou a ser um direito de todos, regida sobre os princípios de acesso universal, igualitário, integral, descentralizada e participação da comunidade, devendo o Estado assistir as pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/1990), a qual especificou as atribuições do SUS, suas organizações e dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, igualmente instituiu os Conselhos de Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2010, p. 82).

Desta forma, a criação do SUS é resultado de um longo processo de criação de políticas, debates e lutas a fim de transformar a saúde brasileira, melhorando as condições de vida destes e proporcionando a todos um atendimento de qualidade e principalmente, gratuito, sendo crucial mencionar que a Constituição Federal, a Lei 8.080 e 8.142 de 1990, são as bases jurídicas do SUS.

As internações realizadas no SUS compreendem diversos tipos, abrangendo a realização de transplantes de órgãos e outras cirurgias que envolvem alto custo e tecnologia. No ano de 2000, foram realizados 2,4 milhões de partos, 72 mil cirurgias cardíacas, 420 mil internações psiquiátricas, 90 mil atendimentos de politraumatizados no sistema de urgência emergência, e 7.234 transplantes de órgãos, sendo que 2.549 de rim, 385 de fígado e 104 de coração (SOUZA, 2002, p.17). Ainda, conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2006) em 2002, o custo de um transplante de pulmão era de aproximadamente 50 mil reais.

Já no que diz respeito ao seu financiamento, a partir da Emenda Constitucional 29, foi determinada a vinculação deste com os três níveis de receita, ou seja, se tornou uma responsabilidade dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Entretanto, o nível federal é o responsável pela maior quota de financiamento deste sistema (SOUZA, 2002, p.18).

No entanto, para Santos (2009), o financiamento é ainda muito disputado, isto porque há instabilidade e insuficiência de recursos. Para ele, o subfinanciamento é um dos obstáculos para que os brasileiros tenham um acesso de qualidade a estes serviços.

O Ministério da Saúde do Brasil, a partir de 1999, assumiu a responsabilidade de fornecer atendimento, por meio do SUS, aos povos indígenas, uma vez que, anteriormente a esta alteração, a assistência à saúde desta população era de competência da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Até aquela data, não existia em qualquer regulamento que o SUS devesse atender aos povos indígenas, afrontando desta maneira as diretrizes da Constituição Federal (SOUZA, 2002, p.32).

Quanto ao sistema privado, este atende principalmente a população mais jovem oferecendo planos diversos, desde executivos até planos direcionados a empregados com uma renda mensal baixa. Importante mencionar que as pessoas que se utilizam de planos de saúde privados, recebem serviços de alto custo e complexos pelo SUS (HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2005 p.239).

3.3. A BIOÉTICA E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Preliminarmente, se faz necessário esclarecer que quanto ao conceito da bioética, este não é vislumbrado em dicionários e enciclopédias, resguardando os especializados. Sobre o tema, um dos conceitos sobre a bioética, é que esta ciência “tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE; PRIVITERA; CUNHA apud JUNQUEIRA, 2001).

Assim, a bioética é o estudo interdisciplinar entre biologia, medicina e ética, a qual verifica a responsabilidade do profissional da área de saúde em relação à vida humana em geral. Esta ciência está relacionada diretamente ao biodireito, o qual, por sua vez, é a ciência jurídica a qual pode-se interferir na aplicabilidade das técnicas medicinais empregadas pelo ser humano legitimando-as ou proibindo-as. Sobre o tema, Ferreira (1999, p. 06) define que:

Bioética é a ética das biociências e biotecnologias que visa preservar a dignidade, os princípios e os valores morais das condutas humanas, meios e fins defensivos e protetivos de vida, em suas várias formas, notadamente, a vida humana e a do planeta (FERREIRA, 1999, p. 06).

Entende a autora que a bioética e o saber jurídico (Biodireito) se relacionam, existindo assim a regulamentação das normas que irão nortear as ações dos médicos e enfermeiros, visando estabelecer limites éticos. Assim, surge a bioética através dos estudos do pesquisador e professor norte-americano Van Potter, que sugeriu, por volta de 1971, um novo segmento científico que auxiliasse as pessoas a refletir sobre as consequências dos avanços sobre a vida de todos os seres vivos (FROSINI, 1997, p.75).

Entende-se como objetivo geral da Bioética a busca pela garantia da integridade do ser humano, possuindo como norteador o princípio da dignidade humana. Servindo, deste modo, como campo de reflexão e discussão de diversos temas, auxiliando as pessoas a tomarem decisões de modo que essas pessoas reflitam e saibam como se comportar em relação às diversas situações da vida profissional em que surgem os conflitos éticos (OLIVEIRA, 1997, p.47).

Por isso, a bioética possui vários princípios norteadores que fornecem diretrizes como base a serem analisados, sendo eles: não maleficência, beneficência, autonomia e a justiça. Dentre estes princípios, um dos mais relevantes é o da Justiça, o qual apresenta preceitos para a análise ética e moral disponibilizada aos indivíduos e ainda obriga o Estado a garantir a todos uma vida digna e saudável, garantindo o direito à equidade aos membros dessa coletividade.

Conforme o que elenca Goldim (2005):

Entende-se por justiça distributiva como sendo distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social. Uma situação de justiça, de acordo com essa perspectiva, estará presente sempre que uma pessoa receberá benefícios ou encargos devidos às suas propriedades ou circunstâncias particulares (GOLDIM, 2005).

Assim, este princípio (justiça) em meio a coisas boas e ruins, dá a cada pessoa o que ela merece, da maneira devida. Cada pessoa deve receber aquilo que tem direito, reconhecendo as

singularidades de cada um. A relação do direito com a bioética possui a função de propor resoluções para os problemas da sociedade. Deste modo, o operador do direito deve buscar soluções para tais questionamentos de maneira a utilizar os preceitos morais e éticos na resolução dos problemas por ele enfrentados.

Já no que diz respeito aos demais princípios, podemos sintetizar ao dizer que o princípio da beneficência significa “fazer o bem”. Sobre o princípio da beneficência, entende Maluf (2013, p.11):

Refere-se ao atendimento do médico e dos demais profissionais da área da saúde, em relação aos mais relevantes interesses do paciente, visando seu bem-estar, evitando-lhe quaisquer danos. Baseia-se na tradição hipocrática de que o profissional da saúde, em particular o médico, só pode usar o tratamento para o bem do enfermo, segundo sua capacidade e juízo, e nunca para fazer o mal ou praticar a injustiça. No que concerne às moléstias, deverá ele criar na práxis médica, o hábito de auxiliar ou socorrer, sem prejudicar ou causar mal ou dano ao paciente (MALUF, 2013, p.11).

No entendimento da autora aqui não cabe divergir entre os meios do mal e do bem, mas sim que, na dúvida, deverá prevalecer aquilo que maximizar os benefícios, minimizando os riscos que o paciente poderá sofrer.

Já o princípio da não maleficência constitui-se em “evitar o mal”, ou seja, não se deve causar um dano a outrem. Assim, como conhecimento desses princípios, deve o profissional, reconhecer a dignidade do paciente e considerá-lo como um todo (todas as dimensões do ser humano devem ser consideradas: física, psicológica, social, espiritual), fornecendo o melhor tratamento ao seu paciente (LEONE; PRIVITERA; CUNHA apud JUNQUEIRA, 2001, p.8).

Segundo este mesmo autor no que diz respeito ao princípio da autonomia, entende que as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre suas vidas. Deste modo, a autonomia é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, tomar decisões sem a influência de outras.

Segundo Ferraz (1997):

O princípio da autonomia, cujas raízes se encontram na filosofia kantiana, é um dos pilares da Bioética contemporânea. Sua relevância para a cultura atual é indiscutível, visto que este princípio relaciona-se com a causa ética da emancipação do sujeito em direção à sua autodeterminação, causa essa que, em última instância, diz respeito à afirmação da cidadania (FERRAZ, 1997).

Portanto tem-se que a autonomia seria o norte das ações humanas, servindo juntamente com os outros princípios como parâmetros para a tomada das decisões pelos profissionais. Nesse sentido, segundo Santos (1988, p.43):

Princípio da autonomia, denominação mais comum pela qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem, ou sejam autônomas, quer na sua escolha, quer nos seus atos. [...]. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito à sua intimidade (SANTOS, 1988, p.43).

Para a autora, este princípio dá liberdade para as pessoas se autogovernarem, participando ativamente tanto em suas escolhas quanto em seus atos, possuindo autonomia sobre a própria vida, decidindo como queiram, respeitando sua vontade, os valores morais e as crenças de cada pessoa. Assim, decidindo como queiram, devem se responsabilizar pelas consequências de seus atos, pois toda ação possui uma reação, sendo ela boa ou não.

Neste mesmo sentido, doutrina Durand (2003, p.177):

A autonomia é pois uma responsabilidade ou um dever – a responsabilidade de refletir sobre as exigências ‘objetivas’ do respeito e da promoção da dignidade da pessoa humana em mim e em cada ser; a responsabilidade de escolher uma ação que segue o sentido do respeito a cada ser humano e a todo ser humano [...] (DURAND, 2003, p.177).

Desta forma, qualquer imposição a esta vontade pode ser considerada agressão à inviolabilidade da intimidade da pessoa, porquanto os princípios da bioética nos orientam em meio a divisão moral, em um mundo dividido por opiniões, buscando garantir sempre a dignidade da pessoa humana e defendê-la.

Nota-se que nessas definições, os autores enfatizam o uso da bioética para evitar que haja ações contrárias à preservação da vida. Neste sentido de bioética e até mesmo a ética, a principal preocupação é com a regulação e o controle das atividades que podem tanto melhorar os conhecimentos da ciência como gerar conflitos e danos à integridade física. A partir da necessidade de se possuir um controle na doação de órgãos tem-se que as realizações da ciência e seus avanços foram buscando um equilíbrio, justamente este equilíbrio que, a ética, bioética e o direito procuram formar, andando juntos para barrar ações injustas e ter um parâmetro ético para as condutas humanas.

Tanto a bioética quanto as leis implantadas para nortear e delimitar as formas de doação de órgãos foram estabelecidas com a mesma meta: a de preservar a vida, tanto do doador quanto

do receptor do órgão. Para tanto, faz-se necessário estabelecer os limites para que seja viável essa prática, que é dever tanto da legislação quanto da bioética.

3.4. DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Ao longo da história tem-se que a proteção da vida humana foi ganhando espaço em contextos filosóficos, éticos e sociais. A vida, para o direito, é o bem supremo, e deste modo, esta área busca resguardá-la de qualquer mal.

Portanto, extrai-se dos autores que a dignidade humana não vem somente da doutrina ou da legislação, mas também de uma abrangência deste significado pela sociedade, acreditando-se que a dignidade humana deve ser íntegra e não deve ser delimitada pela etnia, credo, política, país ou qualquer outra forma de desigualdade:

[...] falar da dignidade humana sem que se situe esta ideia no quadro de uma ética e antropologia filosófica determinada resulta lançar o valor que ela representa no vazio dos discursos políticos e jurídicos. Isto porque a ideia de dignidade humana é um conceito ético, que, de acordo com alguns autores expressa-se politicamente no conceito político moderno da ‘Democracia’ (BARRETO, 2003, p. 220-221).

O art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos ressalta como pilar da dignidade humana: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Desta forma, a dignidade humana torna-se o pilar do respeito e liberdade para com o Outro, isto porque em uma análise da história depreende-se que o respeito ao próximo é a base da sociedade justa e equânime. Ressalta-se também que inserido na conjuntura da dignidade humana está também implantado no rol dos direitos humanos, o direito ao próprio corpo, sendo denominado como de direito à integridade física, constituindo a doação de órgãos um dos pontos desse direito, sendo assim um dever do Estado assegurá-lo.

Para Naigib Filho (2004, p. 67):

Como fundamento da atividade estatal, a Constituição coloca a dignidade da pessoa humana, o que significa, mais uma vez, que o homem é o centro, sujeito, objeto, fundamento e fim de toda a atividade pública (SLAIBI FILHO, 2004, p.67).

Como ressaltado pelo autor, é dever do Estado preservar e proteger a dignidade humana:

[...] cabe reiterar que o princípio fundamental da República Federativa do Brasil consagra a dignidade da pessoa humana deve não só ser estabelecido como “piso” determinante de toda e qualquer política de desenvolvimento, como, necessariamente, projetar-se sobre o modo como devam ser assegurados todos os demais direitos da sociedade previstos na Constituição Federal (FIORILLO, 2004, p.13).

Adotando este raciocínio, é com o princípio da dignidade humana que se determina qualquer necessidade de aprimoramento para um melhor desenvolvimento no país, isto porque, sem a vida não há dignidade e, sem a dignidade só existe a vida biológica, ou seja, a não ética (NUNES, 2002). Portanto, entende-se que jamais deve-se trocar a dignidade, pois:

No reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem preço, pode ser substituída por algo equivalente; por outro lado, a coisa que se acha acima de todo preço, e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade (KANT, 2005, p. 65).

A ideia de que todos os seres humanos têm direito a ser igualmente respeitados por todos, nasce acoplada a uma instituição social de capital importância: a lei escrita. Como exemplo a isto existe a Constituição Federal a qual menciona que: “os direitos e garantias fundamentais instituídos no art. 5º da Constituição Federal têm como fonte ética a dignidade da pessoa humana como forma de proteção e desenvolvimento da pessoa” (BELTRÃO, 2005, p. 23).

Todos estes autores acreditam que a dignidade é algo que já deve nascer com o indivíduo, pois se trata de um atributo da pessoa humana, não podendo ser desrespeitado e desconstituído por ninguém, pelo simples fato de ser um ser humano, dotado de direitos e deveres, mas acima de tudo, de sentimentos.

Desta forma, ao colocar-se lado a lado a doação de órgãos com o princípio da dignidade humana, observa-se que ambos se conectam, isto porque a ideia mais importante da doação de órgãos é que se possibilite ao indivíduo a mesma qualidade de vida que outrora tinha e preservando a integridade do indivíduo, fazendo assim, com que a dignidade humana e a doação de órgãos coexistam.

4. POR ONDE ANDEI, ENQUANTO VOCÊ ME PROCURAVA⁵?

O transplante de órgãos, apesar de ser uma técnica recente na medicina (o primeiro transplante ocorreu a pouco mais de oitenta anos), melhorou neste período a vida de muitas pessoas principalmente, no que diz respeito àquelas que não possuíam outra opção terapêutica como solução para seus problemas de saúde (SANTOS, 1998).

Constata-se que desde que foi realizado o primeiro transplante com sucesso, até a presente data, inúmeros foram os avanços na medicina, beneficiando a quem apresenta doenças crônicas renais, hepáticas, cardíacas, pulmonares e intestinais, muitas vezes, prolongando a vida ou, no mínimo, melhorando a qualidade de vida desses pacientes (MEKEEL, 2007).

Com o intuito de diminuir a fila de espera de pacientes que necessitam de transplante e promover a doação de órgãos, muitos são os esforços empregados, tanto por parte da equipe médica quanto pela população em geral. Entretanto, mesmo com uma legislação apropriada, profissionais capacitados e um serviço de qualidade e gratuito fornecido pelo SUS, questiona-se o que estaria faltando para que pudesse obter um equilíbrio entre a demanda de transplantes e o fornecimento de órgãos para transplante.

Foz do Iguaçu, uma cidade fronteira, e o estado do Paraná foram destaque no ano de 2018, no que diz respeito à procura de doadores e captação de órgãos para transplante no Brasil (ABTO, 2018). No entanto, pouco se sabe em relação às características da captação de órgãos e realização de transplantes em região de fronteira, particularmente no oeste do Paraná. Baseado nestes questionamentos foi realizada a análise dos dados quantitativos, coletados em dois hospitais de Foz do Iguaçu Hospital Ministro Costa Cavalcanti e Hospital Municipal Padre Germano Lauck, visando compreender o perfil das doações e transplantes de órgãos na região.

Resultado e Discussão

Para a presente pesquisa, foram coletados os dados de notificação e captação de órgãos nos hospitais: Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) e Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), ambos em Foz do Iguaçu. Com relação ao HMCC, houve acesso aos documentos do ano de 2011 até março de 2018, obtendo assim 40 prontuários de pacientes

⁵ Trecho da música de autoria de Nando Reis, “Por Onde Andei”, do ano de 2015. Utilizo-a a fim de instigar o leitor para que entenda o processo de doação de órgãos como uma procura incessante do receptor pelo doador compatível.

com protocolos de ME. Já no HMPGL, houve acesso aos documentos de 2014 até 2017, perfazendo assim em um total de 110 prontuários de pacientes com protocolos de ME.

Entretanto, para a presente análise foi realizado um recorte nos anos de 2014 a 2017 a fim de igualar o período inicial e final, em ambos os hospitais. Foram analisadas as informações de 139 prontuários. É importante salientar que o HMCC não teve registro de protocolos de ME no ano 2015, e que possuía 63 registros de captações de globo ocular para doação, do período de 2016 a 2018, em apartado, a critério de controle do hospital, os quais não foram analisados na presente pesquisa.

Apesar do HMCC não ser a referência em captação de órgãos em Foz do Iguaçu, este possui uma contribuição significativa, posto que apresenta uma quantidade expressiva de potenciais doadores, possuindo profissionais capacitados a fim de identificá-los e mantê-los aptos para que a captação e, conseqüentemente, o transplante ocorram. Ressalta-se que somente os dois hospitais citados nesta dissertação realizam a captação de órgãos em Foz do Iguaçu-PR.

Com a coleta de dados nos dois hospitais, foi possível constatar que de 139 pacientes considerados potenciais doadores, no período de 2014 a 2017, no HMCC não houve grande disparidade no que diz respeito ao sexo do doador, sendo notificados 16 homens (55%) e 13 mulheres (45%), já no HMPGL foram notificados 75 homens (68%) e 36 mulheres (32%) (Figura 2).

Em relação ao sexo, observou-se proporção similar de potencial doadores masculinos e femininos no HMCC, enquanto no HMPGL, houve mais notificações de homens como potenciais doadores em um comparativo com número de mulheres que foram notificadas neste mesmo período. Deve-se também levar em consideração a quantidade absoluta de notificações registradas em cada hospital, de modo que se constatou um maior número de potenciais doadores no HMPGL (110 prontuários) comparado HMCC (29 prontuários), durante o período analisado.

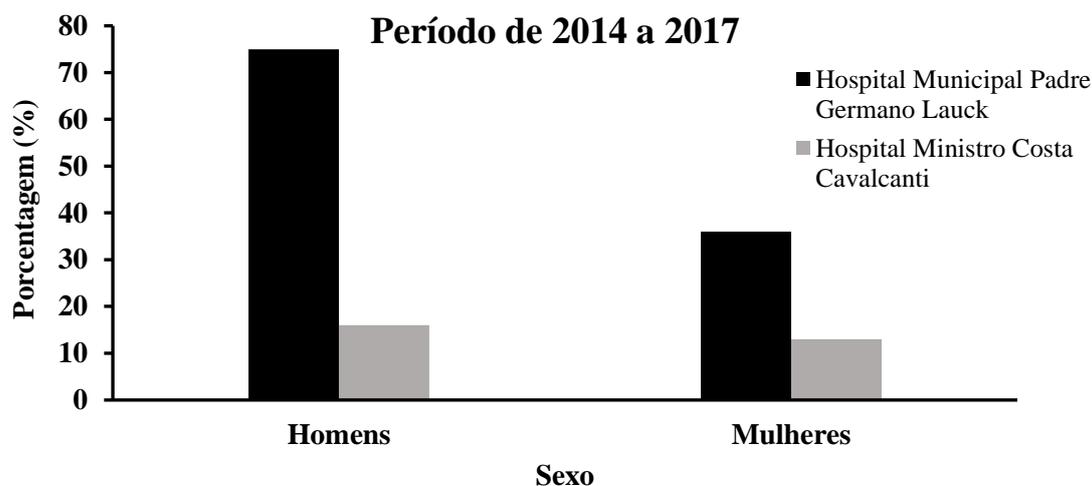


Figura 2. Distribuição de frequência de potenciais doadores, quanto ao sexo, nos hospitais Ministro Costa Cavalcanti e Padre Germano Lauck, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.

Este estudo demonstrou que mais homens foram identificados como potenciais doadores do que mulheres, e que em decorrência de algum trauma, este paciente evoluiu para a ME. Neste sentido, Paz (2014), relata sobre as duas causas de maior mortalidade no sexo masculino: homicídio e acidente de transporte. Esta autora afirma que dois motivos estão diretamente ligados a masculinidade – armas e carros - o que indica que são os jovens do sexo masculino que predominam nos índices de mortalidade (PAZ, 2014, p. 593-599).

Levando em conta que este seria o panorama demonstrado na coleta de dados, considerando os índices de criminalidade, homicídios e acidentes de trânsito, hipotetizava-se que a faixa etária predominante quanto a notificação de potenciais doadores seria a de jovens permanece entre 19 a 29 anos, contudo não foi o encontrado.

No recorte estabelecido nesta pesquisa, notou-se no que diz respeito à faixa etária contida nos prontuários de notificação de ME predominou no HMPGL as notificações na faixa etária de 30-59 anos com 59 (53%) pessoas e a faixa etária de ≥ 60 anos de idade onde foram notificadas 29 (26%) pessoas (Figura 3).

Já no HMCC foram notificadas 03 (10%) pessoas com a faixa etária entre 0-12 anos, 02 (07%) pessoas entre 13-18 anos, 04 (14%) pessoas entre 19-29 anos, 13 (45%) pessoas entre 30-59 anos e por fim 07 (24%) pessoas maiores ou iguais a 60 anos (Figura 3).

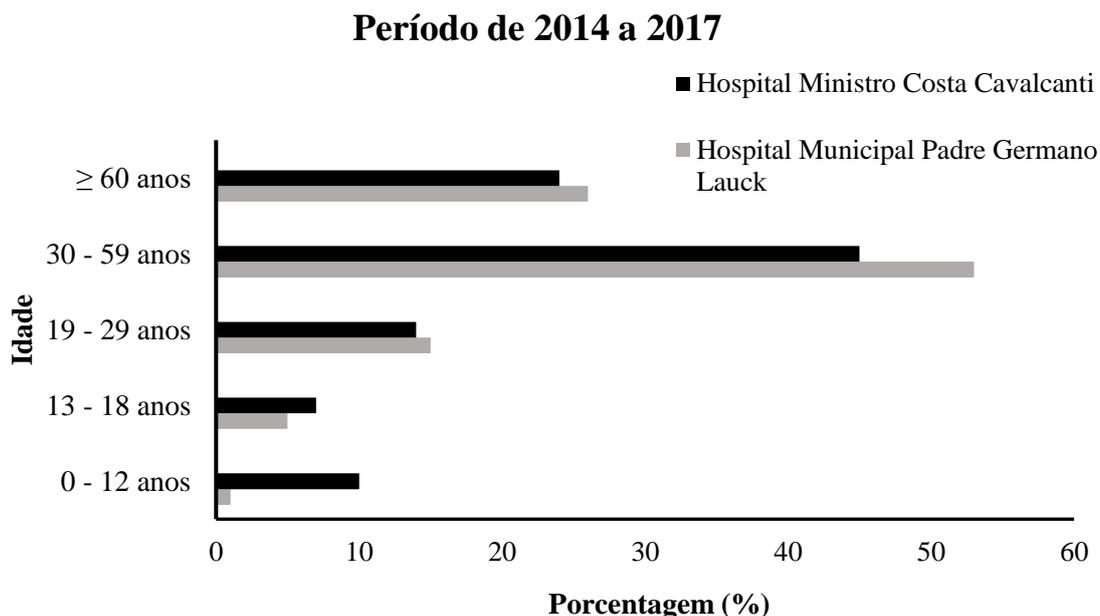


Figura 3. Distribuição de frequência de potenciais doadores, quanto a idade, nos hospitais Ministro Costa Cavalcanti e Padre Germano Lauck, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.

Segundo o IBGE foi possível verificar que em 2016, a sobremortalidade masculina reunia-se nos grupos de idade de adultos jovens (15 a 19, 20 a 24 e 25 a 29 anos). Explicando que estes dados ocorriam porquanto há maior incidência de óbitos por causas externas e não naturais (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, afogamentos, quedas acidentais) na população masculina (IBGE, 2017).

Contudo, foi verificado que em Foz do Iguaçu - PR, a faixa etária que predominou nos prontuários de notificação de ME foi de 30 a 59 anos, uma faixa etária superior ao esperado, porquanto, esperava-se que seriam os adultos jovens (19 – 29 anos) do sexo masculino que apresentariam taxas maiores de mortalidade no Brasil, conforme indicou o IBGE (Figura 2 e 3).

Outro fato que deve ser destacado, diz respeito aos dados encontrados sobre o endereço do doador. A cidade de Foz do Iguaçu está localizada ao extremo oeste do Paraná, na divisa do Brasil com a Argentina e o Paraguai. Além disso, é uma das mais importantes cidades turísticas do Paraná. Assim, quando se trata da doação de órgão em uma região de tríplice fronteira, acreditava-se que os dados apontariam para uma grande quantidade de argentinos e paraguaios como potenciais doadores nos hospitais desta região, no entanto, a realidade muito difere da expectativa (Figura 4).

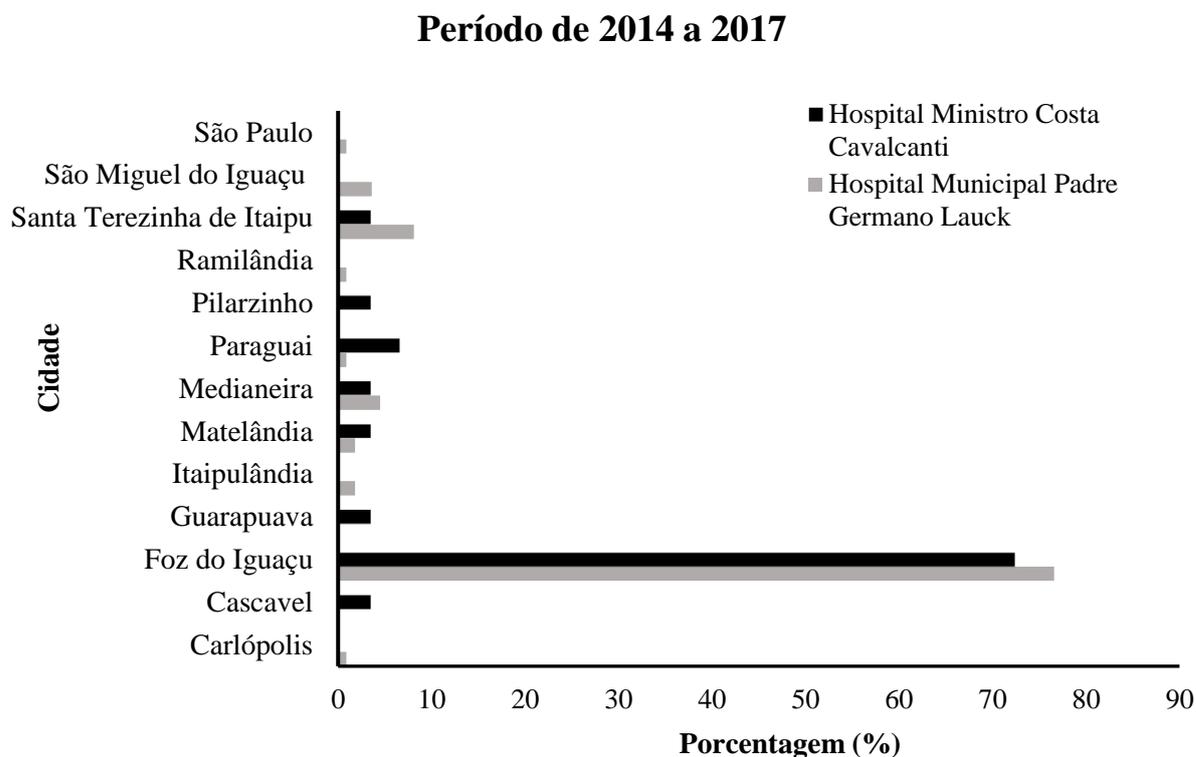


Figura 4 - Local de residência dos potenciais doadores de órgãos para transplantes, coleta realizada nos Hospitais Ministro Costa Cavalcanti e Padre Germano Lauck, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.

Foi possível constatar que no período de 2014 a 2017, que o HMPGL obteve a quantidade de 85 (76,6%) pacientes potenciais doadores cujo endereço informado foi de Foz do Iguaçu, 09 (8,1%) de Santa Terezinha de Itaipu, 05 (4,5%) de Medianeira, 04 (3,6%) de São Miguel do Iguaçu, somente 02 (1,8%) Itaipulândia, 02 (1,8%) Matelândia, apenas 01 (0,9%) do Paraguai, 01 (0,9%) potencial doador que residia em Carlópolis, 01 (0,9%) Ramilândia e por fim 01 (0,9%) paciente potencial doador que declarou residir em São Paulo. De Cascavel, Guarapuava e Pilarzinho no HMPGL, no período destacado, não houve nenhum paciente.

No HMCC, no mesmo período, constatou-se 21 (72,40%) pacientes cujo endereço informaram em Foz do Iguaçu, 02 (6,6 %) do Paraguai, 01 (3,5%) de Cascavel, 01 (3,5%) paciente que indicou endereço em Guarapuava, 01 (3,5%) em Matelândia, 01 (3,5%) em Medianeira, 01 (3,5%) paciente de Pilarzinho e 01 (3,5%) de Santa Terezinha de Itaipu. No período destacado, no referido hospital não houveram pacientes provenientes das cidades de Carlópolis, Itaipulândia, Ramilândia, São Miguel do Iguaçu e São Paulo.

Assim, diferentemente do esperado, no período recorte não foram constatados muitos pacientes de origem paraguaia, apenas 03 em sua totalidade, também não houve registros de

pacientes provenientes da Argentina (Figura 4). Esses dados foram extremamente surpreendentes, eis que considerando a localização de Foz do Iguaçu, esperava-se mais pacientes dos países vizinhos.

Como esperado, encontrou-se mais potenciais doadores que residiam na região (Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu e São Miguel do Iguaçu) (Figura 4).

Durante o deslinde da pesquisa e em entrevista com os enfermeiros secretários da CIHDOTT, observou-se que quando constatada a ME, o paciente era transferido de convênios médicos ou particular, para ser acompanhado pelo SUS, iniciando-se o protocolo inicial com realização de exames complementares (laboratoriais) para a caracterização enquanto potencial doador de órgãos, a fim de que caso fosse constatado esta possibilidade, fosse iniciada a preparação da equipe para realizar a entrevista familiar. Apesar de estar demonstrado que em ambos os hospitais todos os esforços são empregados para que de fato haja a doação de órgãos, observou-se que muitas vezes as captações não ocorrem, e muitos são os motivos.

Em uma análise dos dados coletados, verificou-se no período em recorte (2014 a 2017) que o HMPGL realizou 110 notificações de ME, destes 55 (50%) pacientes não efetuaram a doação. Já no HMCC, houve 29 notificações de ME, destes 26 (90%) pacientes não efetuaram a doação.

Sabemos que muitos são os motivos que impedem a doação de um órgão. Na literatura dentre os motivos que levam a não doação, um dos principais é a recusa familiar, sendo esta considerada um verdadeiro obstáculo para a efetividade no transplante, contribuindo para que o número absoluto de doadores seja escasso a fim de que não atenda a demanda (JACOB *et al.*, 1996).

Esta pesquisadora entende que a recusa familiar é a negativa para doação mais reforçado e debatido na literatura, posto que é o ponto de partida para que os médicos/enfermeiros iniciem os procedimentos, de modo que a recusa familiar seria a divisa entre a possibilidade de uma doação ou não. Entretanto, verificou-se durante a coleta de dados que os motivos para a não doação vão muito além da recusa familiar, de modo que os outros aspectos na literatura ficam ofuscados.

Saber o real motivo pelo qual a população recusa os órgãos a serem doados, compreender cada fator determinante e constatar se de fato é a recusa familiar que impede as doações, levou esta pesquisadora a realizar uma análise específica de cada hospital e agrupá-las segundo motivos de inviabilidade para a doação de órgãos. Em cada gráfico, cada negativa foi especificada, proporcionando um panorama do porquê não houveram doações naquele período.

Muito mais do que saber qual é o verdadeiro problema para a negativa da doação de órgãos é buscar meios para solucionar esta dificuldade.

Assim, verificou-se que no ano de 2014 o HMPGL abriu 16 protocolos de ME, destes protocolos, e de 09 (56%) pacientes, a maioria, não foram efetuadas a doação. Das negativas para as doações, 03 (34%) negativas ocorreram pela recusa familiar, 04 (44%) pela contraindicação clínica e 01 (11%) problemas logísticos. Ainda, houve 01 (11%) paciente onde não constava o motivo da não efetivação da doação. Por outro lado, o HMCC no mesmo ano, abriu 06 protocolos de ME. Assim, no ano de 2014 não houve nenhuma doação de órgãos neste hospital. Constatou-se que 02 (33%) pacientes não tiveram seus órgãos doados pela recusa familiar e 04 (67%) foram por contraindicação clínica. Nesse período, não houve negativas com relação a problemas de logística (Figura 5, 6 e 7).

Em 2015, o HMPGL registou 25 protocolos de ME, desses, a maioria, 13 (52%) não puderam realizar a doação de seus órgãos. Destas negativas, 08 (62%) pacientes não realizaram a doação em decorrência da recusa familiar, 04 (30%) de contraindicação clínica, e somente 01 (08%) por problemas logísticos. No referido ano o HMCC não teve registro de protocolos de ME, ou se foram abertos, não estavam disponíveis no acervo em que obtive acesso (Figura 5, 6 e 7).

Em 2016, o HMPGL registou 30 protocolos de ME, desses, 14 (47%) não puderam realizar a doação de seus órgãos. Destas negativas, 05 (36%) pacientes não realizaram a doação em decorrência da recusa familiar, 07 (50%) por contraindicação clínica, e somente 02 (14%) por problemas de logística. Neste mesmo ano, o HMCC registrou 13 protocolos de ME, destes 11 (85%) pacientes, não foram efetivados para a doação de órgãos. Neste ano, houve o registro de 02 (18%) pacientes que não doaram devido à recusa familiar, bem como, 08 (73%) pacientes por contraindicação clínica e somente 01 (09%) prontuário com a informação de problemas de logística (Figura 5, 6 e 7).

Por fim, no ano de 2017 o HMPGL registou 39 protocolos de ME, desses, 19 (49%) não puderam realizar a doação de seus órgãos. Destas negativas, 07 (37%) pacientes não realizaram a doação em decorrência da recusa familiar, 11 (58%) de contraindicação clínica, e somente 01 (05%) por equipe não disponível. Já o HMCC registrou 10 protocolos de ME. Destes, 09 (90%) não puderam realizar a doação de órgãos. Dessas negativas, 02 (22%) ocorreram pela recusa familiar e 07 (78%) por contraindicação clínica. Neste ano, não foram registradas nenhuma negativa devido a problemas de logística (Figura 5, 6 e 7).

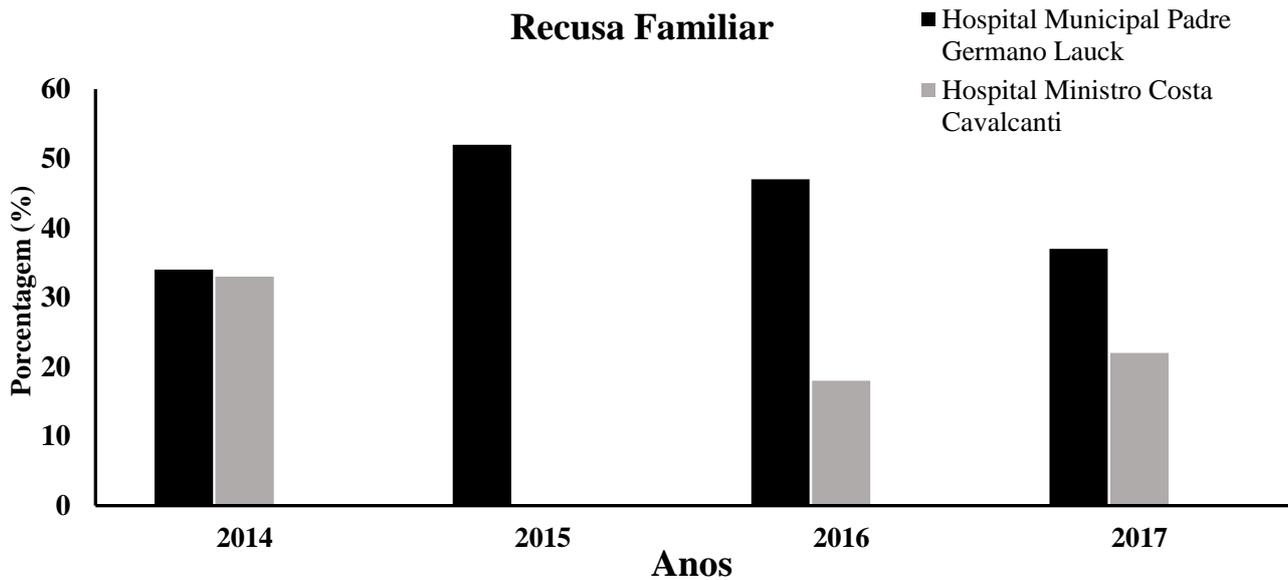


Figura 5. Distribuição de frequência de recusa familiar na captação de órgãos no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e no Hospital Ministro Costa Cavalcante, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.

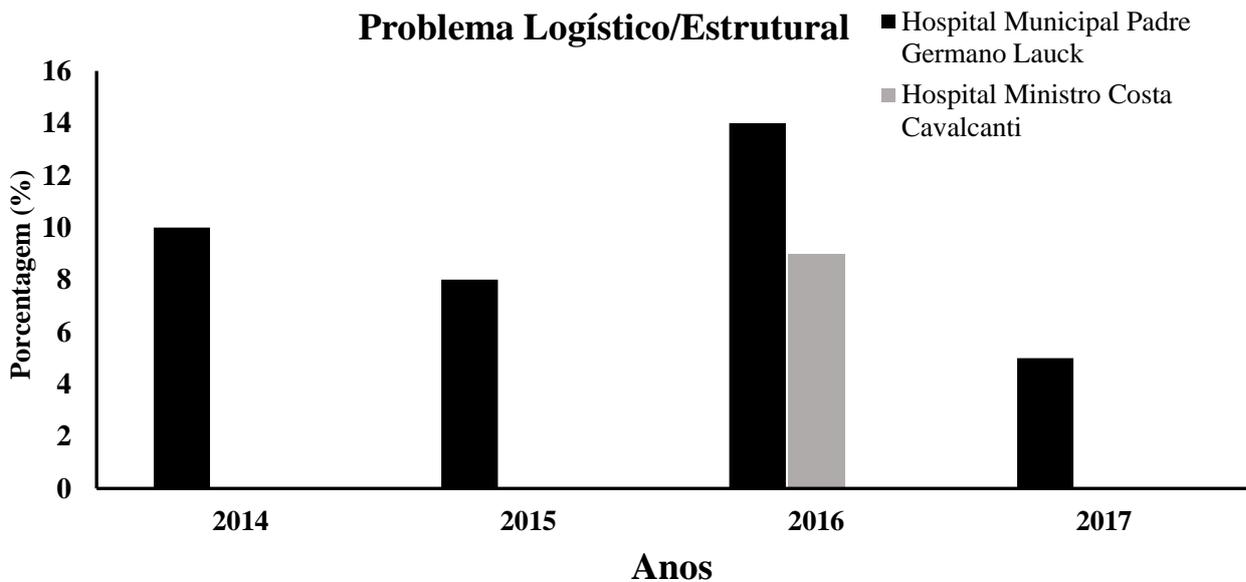


Figura 6. Distribuição de frequência de Contraindicação Clínica na captação de órgãos no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e no Hospital Ministro Costa Cavalcante, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.

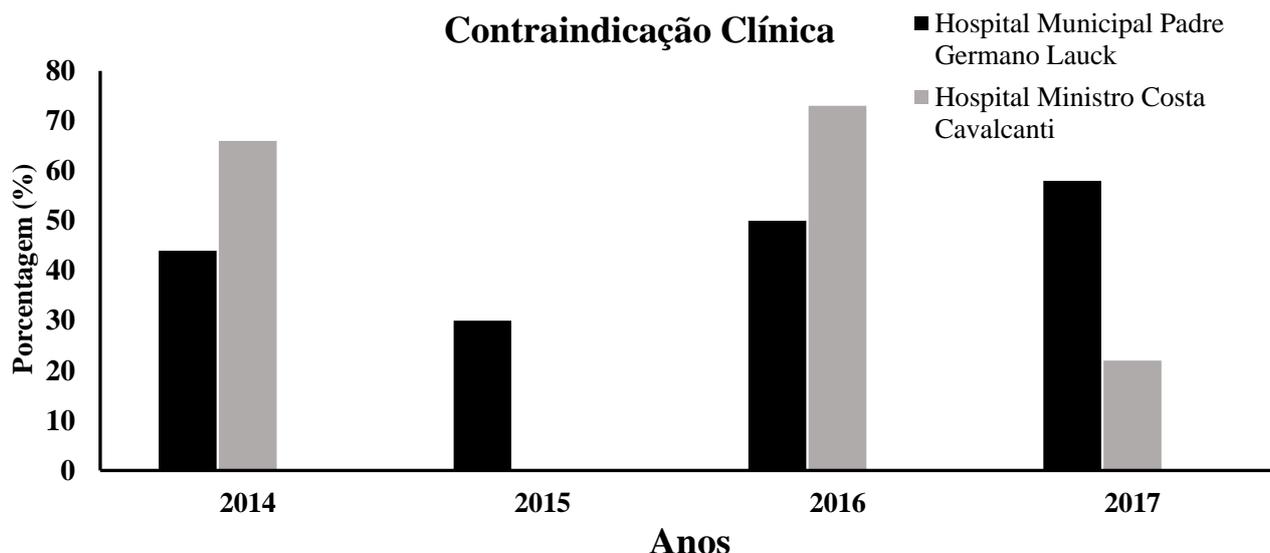


Figura 7. Distribuição de frequência de Problema Logístico/Estrutural na captação de órgãos no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e no Hospital Ministro Costa Cavalcante, no período de 2014 a 2017, Foz do Iguaçu – Paraná.

Durante a análise dos dados, observou-se que por muitas vezes a família autorizava parte das captações (em sua maioria não autorizavam a coleta de pele e ossos), mas quando eram iniciados os procedimentos para a retirada destes órgãos, constatavam-se doenças que não se sabia, órgãos não desempenhavam a função em sua plenitude, ou até mesmo que não haviam equipes disponíveis para a retirada destes órgãos.

Assim, diversamente do que aponta a literatura, percebeu-se que o motivo da não concretização da doação de órgão na cidade de Foz do Iguaçu, ocorre primeiramente pela contraindicação clínica, seguido de recusa familiar e por último, problemas logísticos (Figura 5, 6 e 7).

A recusa familiar não está somente atrelada à negativa da família em si. A “recusa familiar” pode estar relacionado com a negativa diante da religião, do não esclarecimento sobre a ME, do doador ser contrário à doação em vida, entre outros. Já a contraindicação clínica são as condições prévias do potencial doador no momento da abertura do protocolo, ou seja, são casos pré-estabelecidos, e por fim, quanto ao grupo “problemas logísticos” ressalto que em nenhum momento foi informado pelos enfermeiros no formulário para a entrevista familiar, que a família não teria sido localizada, ou que havia problemas estruturais no hospital (conforme Quadro 1).

Como demonstrado, para se tornar um potencial doador, não basta que se tenha ocorrido a ME ou que a família aceite doar os órgãos. Diversos são os fatores que influenciam a não doação ou sequer deixam a possibilidade de uma pessoa se tornar um potencial doador, como, por exemplo, doenças que não se sabia, a falta de cuidados na manutenção deste potencial doador, falta de capacitação profissional, escassez de recursos materiais, recursos humanos e financiamento, afetam de forma direta o resultado esperado (CLAUSELL, 2001, p. 543).

Portanto, verifica-se que a doação de órgãos não se trata de um tema a ser discutido somente em nível de medicina ou enfermagem, porquanto os meios a serem empregados para que haja a doação de órgãos deve ser uma colaboração interdisciplinar, vez que todas as áreas do saber se encontram interligadas, a título de exemplo, cita-se a necessidade de um psicólogo no momento em que é realizado a entrevista familiar.

Conforme relatado no início desta dissertação, também foi realizada uma entrevista com os secretários da CIHDOTT, dos dois hospitais, utilizando-se o método de análise de conteúdo, visando descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto, a fim de identificar aspectos favoráveis, assim como, os dificultadores da captação, do sistema de saúde pública e dos sistemas de transplantes de órgãos, pela visão dos enfermeiros, de modo que permitiu a elucidação de conhecimentos relativos à percepção destas.

Tabela 1 - Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito das melhorias necessárias dentro do âmbito hospitalar, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.

(Continua)

Com a sua experiência como secretário da CIHDOTT, com relação a captação de órgãos, o que funciona e não funciona, no que diz respeito a:		
Tipificação	Resposta	Categorização
Material	“De material, no nosso hospital, é tem tudo disponível, nessa questão é suprido todas as nossas necessidades”	O material está disponível
Recursos Humanos	“Os recursos humanos, nós temos pouco tempo do profissional trabalhando no setor da CIHDOTT, não por falta de profissionais, existe uma comissão, mas nessa comissão, esses profissionais trabalham em outras atividades e falta tempo. Até o tempo que é previsto na lei não é de se trabalhar na CIHDOTT.”	Impossibilidade de se trabalhar com a carga horária proposta O tempo previsto em lei não é correspondente a realidade

Tabela 1 - Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito das melhorias necessárias dentro do âmbito hospitalar, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.
(Continuação)

Financiamento	“O financiamento ele é repassado para a instituição e é feito todos os protocolos, e quando se tem a captação, até mesmo quando não se tem a captação, é gerado uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e essa AIH vai para a central em Curitiba e essa verba é passada para o hospital, e atende as necessidades do hospital essa verba, ou melhor, ajuda a atender as necessidades do hospital.”	A verba é repassada para o hospital e atende as necessidades
Fluxo	“Ele funciona bem, dentro do hospital, porque nós temos um regimento interno e temos também uma rotina, nós seguimos todas as orientações do regimento interno e das rotinas, para poder seguir a captação. Desde o momento em que avaliamos o paciente e verificamos que ele é um potencial para morte encefálica, nós já começamos a trabalhar com este paciente, nesta instituição, dentro do regimento interno e juntamente com a rotina, obedecendo todo o protocolo, então enquanto ao fluxo nós não temos problema aqui, pois temos regimento interno e rotina que nós trabalhamos dentro desta percepção do regimento interno e das rotinas.”	Trabalhar dentro da rotina e do regime interno faz o fluxo funcionar
Atendimento das Demandas	“É acontento, porém, volto a falar, os profissionais que trabalham fazem outras funções, muitas vezes sobrecarrega para um profissional. Então assim, nós conseguimos atender todos, porém, assim fica sobrecarregado as vezes para o coordenador e outro que está junto, nem todos conseguem trabalhar dentro desta demanda, porém assim, todos os protocolos nós temos a notificação 100% de morte encefálica e 100% de globo ocular, volto a dizer que porém fica sobrecarregado as vezes para um colaborador trabalhar dentro das demandas.”	As demandas são atendidas Sobrecarga de funções para os profissionais envolvidos

Na primeira parte da entrevista, foi possível verificar que o enfermeiro responsável pela função de secretário da CIHDOTT do HMCC, afirma que o hospital fornece todos os materiais para que se possa laborar. Quanto aos recursos humanos, destacou que não é humanamente possível laborar na carga horária proposta, assim como o tempo previsto em lei⁶ para que se

⁶ Tempo de investigação de morte encefálica passou a ter horário definido para iniciar os exames de confirmação da morte encefálica (CFM, Resolução nº 2.173)

realize a captação também não é condizente com a realidade apresentada (CFM, 2017) (Tabela 1).

Constata-se da frase “humanamente impossível de se trabalhar” que o enfermeiro manifesta a vontade de se ter mais tempo para realizar o fechamento do diagnóstico de ME e nesse período trabalhar com a família desse potencial doador. Isto porque, quanto mais tempo a família tem para absorver a informação de que seu ente querido já não está mais com vida, mais fácil ela processaria a informação e o pedido de doação de órgãos. Assim, tem-se que é humanamente impossível realizar a investigação de ME, fechar o protocolo e ter uma resposta positiva da família, eis que se trata de um momento bastante delicado para aquela família.

Foi possível observar a importância de ter profissionais qualificados e realmente dispostos para laborar na CIHDOTT, porquanto seus trabalhos voluntários, árduos, por mais de oito horas, são extremamente importantes, tendo em vista que trabalham lado a lado com a vida e a morte. Por outro lado, a importância do reconhecimento do profissional da área da saúde no labor se faz necessária, uma vez que o trabalho desenvolvido influencia diretamente no resultado. Sabe-se que quando o profissional se sente valorizado e reconhecido, este desempenha seu papel com comprometimento e satisfação, desenvolvendo uma assistência de qualidade (LAGE, 2016, p.15).

Nas campanhas de doações de órgãos, a fim de aumentar as doações, sempre é ressaltado a importância da vida daquele que aguarda um transplante. Entretanto, a vida, as condições laborais daquele que realiza todo o procedimento interno (enfermeiros/médicos) e sua importância para a realização deste é, muitas vezes, relativizado. Contudo, o valor da vida não pode ser estimado, não é possível estabelecer valores sobre a vida de outrem, a vida é muito mais que uma coisa que pode ser mercantilizada, porquanto a vida é muito mais a condição para que qualquer coisa possa ter valor.

Entende-se que, dar importância, valorizar e reconhecer os profissionais, bem como, a criar um setor devidamente regularizado a fim de remunerar esses profissionais, com dedicação exclusiva, seria o mais indicado. Isto porque, o que se verifica da entrevista é que os profissionais os quais se voluntariam para um cargo dentro da CIHDOTT, além de cumprir a sua carga horária como enfermeiro, dentro do hospital, devem se desdobrar para cumprir todos os requisitos e protocolos que exige a Comissão, de forma voluntária. Neste sentido Garcia (2006) explica a importância destes profissionais e a necessidade de sua valorização e reconhecimento:

Os profissionais de saúde são o elo mais crítico do processo doação/transplante, são eles que identificam os potenciais doadores e desencadeiam o processo de doação [...] muitas vezes eles apresentam dificuldade em promover a doação, devido à falta de treinamento na identificação e no manejo do potencial doador (GARCIA, 2006).

Acredita-se que com esses ajustes a questão de recursos humanos, o único ponto que foi ressaltado pelo entrevistado que não funcionaria com relação à captação de órgãos seria suprida de modo que, com cargos específicos para se laborar a doação de órgãos, pessoal qualificado e tempo hábil para realizar os protocolos, seriam mudanças necessárias a fim de alterar a realidade dos profissionais que laboram dentro da CIHDOTT.

Na segunda parte da entrevista, o secretário ressalta sobre a dificuldade em captar o coração e o pulmão, afirmando que esta dificuldade acontece devido a necessidade de se retirar estes órgãos antes da parada cardiorrespiratória, bem como pelo tempo de isquemia dos órgãos, eis que seu tempo de vida extracorpórea é extremamente limitado (conforme Tabela 2).

Tabela 2 - Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito da captação de órgãos na visão do secretário da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.

(Continua)

Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Na sua visão como secretário da CIHDOTT, qual o órgão com a maior dificuldade em se realizar a captação?	“(...) é o coração e o pulmão (...)”	Coração e o pulmão
E por qual motivo é tão difícil?	“(...) estes são os mais difíceis, tendo em vista que tem muitas paradas respiratórias que não faz captação, isso é uma questão técnica, porque existem as paradas (...) No hospital, o mais difícil de captar é pulmão, porque não tem quem vem captar, não tem uma logística aqui no Paraná, (...) quando se tem o pulmão aqui para captar, não tem logística para vir captar aqui, então ele é mais difícil (...)”	Coração - paradas respiratórias que são um impedimento para a doação desse órgão; E o pulmão por problemas com a logística

Tabela 2 - Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito da captação de órgãos na visão do secretário da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.

		(Continuação)
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Na sua experiência como secretário, existem atrasos na demanda de captação de órgãos?	<p>“Existe, devido a logística da equipe de captação, o nosso trabalho aqui enquanto CIHDOTT é verificar os potenciais doadores, trabalhar em cima do protocolo e morte encefálica e avisar a OPO (Organizações de Procura de Órgãos) que fica em Cascavel.” (...)</p> <p>“(…) Nós dependemos dessas equipes virem de avião para cá, então algumas vezes não tem avião, não tem helicóptero, também não tem uma equipe disponível, então há atrasos.” (...)</p> <p>“Também há atrasos de exames que devem ser feitos, por causa dos pacientes que tenham uma estabilidade, e também não dá pra fazer todo o processo do protocolo nos tempos determinados, nós temos que aguardar, porque as vezes faz o primeiro exame, o segundo exame as vezes tem que fazer fora da UTI, em uma cintilografia, e o paciente no momento não está estável, nós temos que aguardar, isso também demora na captação de órgs.”</p>	<p>Sim, motivos:</p> <p>Problema de Logística</p> <p>Falta Equipe</p> <p>Falta Transporte Áereos</p> <p>Atrasos nos exames</p> <p>A instabilidade dos Pacientes</p> <p>Não conseguir atender no tempo previsto em lei</p>

Tabela 2 - Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito da captação de órgãos na visão do secretário da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.

(Continuação)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Como acontece a captação de órgãos nesta região?	<p>“(...) Eu verifico todos os dias na UTI pacientes com sinais para a morte encefálica, então geralmente a gente vê as pupilas do paciente, se as pupilas estiverem midríaticas, é um paciente potencial. Dentro desse sinal nós avaliamos para a morte encefálica (...)”</p> <p>“(...) quando se tem um paciente com midríase, é feita uma tomografia pra ver se tem lesão cerebral, a família é avisada que vai abrir o protocolo (...)”</p> <p>“(...) nós tiramos a sedação, esperamos 10 horas para fazer esse protocolo, para iniciar, depois de esperar 10 horas para não ter nenhum resíduo anestésico, depois das 10 horas, nós fazemos o primeiro exame, depois do primeiro exame nós fazemos a cintilografia, ou depois fazemos o segundo exame que esse segundo exame pode fazer agora depois de uma hora. A cintilografia pode ser feita nesse intervalo ou depois. Acabando o protocolo, e dando positivo, nós avisamos a família. O médico dá a má notícia para essa família que esse paciente já morreu e dentro disto nós fazemos a entrevista familiar com a família, se positivo para doação, nós avisamos a OPO, eles vão fazer toda a questão logística, vão avisar as equipes para vir fazer a retirada do órgão, nesse intervalo que nós fazemos esse aviso para a OPO, nós vamos estar fazendo a manutenção desse potencial doador, porque esse paciente já está morto mas nós temos que fazer a manutenção. Enquanto nós vamos fazendo a manutenção vai se preparando também o centro cirúrgico para fazer a captação. Então assim, existe um tempo de mais ou menos de 6 horas, 10 horas, nesse tempo para poder fazer todo esse preparo, porque existe exames para fazer, existe preparação do centro cirúrgico, questão de reserva de sala, então o processo de captação pode durar 24 horas, até do início do processo até o final do processo, ou até 48 horas. Mas geralmente um protocolo dura de 24 a 30 horas, esse é mais ou menos o fluxo para a captação de órgãos.”</p>	<p>Verificar na UTI pacientes com potencial morte encefálica;</p> <p>Avisar a família da abertura do protocolo para a confirmação da morte encefálica;</p> <p>Realização de exames;</p> <p>Confirmada a morte encefálica, avisa-se a família;</p> <p>Realização da entrevista familiar para a doação;</p> <p>Positivo para doação avisa-se a OPO que faz a logística para a captação;</p> <p>Realização da manutenção do potencial doador e preparo do centro cirúrgico;</p>

Tabela 2 - Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito da captação de órgãos na visão do secretário da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.

(Continuação)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Qual o fluxo de captação/doação de órgãos?	<p>“Enquanto nós estamos fazendo a captação aqui nesse hospital, a central estadual de transplante, ela já tem os pacientes que estão na fila esperando, que é o potencial receptor, eles já estão preparando este paciente. (...) acabou a captação aqui já tem uma logística preparada ou de helicóptero ou de avião no aeroporto e também nós temos a polícia que faz também todo trajeto até o aeroporto ou até o helicóptero. Quando há a doação de coração o fluxo tem que ser bem ágil, porque nós temos tempo de 4 horas para fazer a captação até o transplante, então essa logística tem que ser bem ágil porque enquanto tu tá fazendo a captação tem que estar preparando o centro cirúrgico até mesmo de outro estado, o fluxo enquanto capta esse órgão ele é armazenado em caixa térmica em gelo e é transportado via aérea. Existe uma logística grande de pessoal da Central Estadual de Transplante da equipe que vem retirar e quando se tem pulmão ou coração as equipes retiram o coração, já saem com coração, a equipe que retira o pulmão já sai com o pulmão, então eles vão na frente, e depois o fígado e rim as outras equipes ficam retirando tem um tempo maior para fazer o transplante, então é retirado primeiro o coração depois o pulmão e eles já saem, e a equipe fica aqui retirando o resto dos outros órgãos, esse fluxo ai é controlado pela OPO e a Central Estadual de Transplante, a CIHDOTT não trabalha nesse fluxo, esse fluxo é deles, que eles tem toda a questão de logística nessa questão da doação e do transplantes”</p>	<p>A central Estadual de Transplante coordena as ações e quem será o receptor, segundo a lista de espera</p> <p>Cada órgão é retirado na ordem segundo o seu tempo de vida extracorpórea</p>
Há uma diferença, no que concerne a captação de órgãos, com o tipo de órgão?	<p>“É diferente, porque tecnicamente a captação do fígado, a captação dos rins, a captação do pâncreas, tem que existir todo um preparo, e também esse preparo tem que congelar esse órgão, nós colocamos gelo dentro das cavidades, então há uma diferença, há um preparo na captação, porque ele é congelado, porque nós temos que proteger os vasos sanguíneos ali, temos que proteger o tecido do órgão e se protege o tecido do órgão congelando ele. (...)”</p> <p>“(...) O coração e o pulmão (...), ele é retirado e ele já sai daqui e vai para o transplante, (...) então o pulmão e o coração ele tem uma diferenciação de retirada desses órgãos. Existem também uma diferença em captação de outros órgãos que nós chamamos de tecido, que é globo ocular, córneas, pele e ossos, esses daí nós temos mais tempo, até 6 horas para retirar, depois que o paciente vem o coração a parar (...).”</p>	<p>Sim, há diferença;</p> <p>Há diferenças no preparo do órgão após sua retirada;</p> <p>Preocupação com a manutenção deste órgão</p>

Tabela 2 - Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito da captação de órgãos na visão do secretário da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.

(Continuação)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Desde quando o hospital realiza a captação de órgãos?	“Desde 2002.”	Ocorre desde 2002
Como funciona a rede de captação de órgãos?	“Nós temos o Sistema Nacional De Transplante, existe uma organização nacional, que está em Brasília, ele faz todo o fluxo de doação e transplante no País. Nos estados tem as OPOS, então as OPOS faz todo o fluxo dentro do seu estado, e ela que gerencia também a CIHDOTT, na verdade não é que ela gerencia, ela trabalha junto com a CIHDOTT. Então nós temos via nacional SNT, via estadual as OPOS e nós temos nos hospitais as CIHDOTT (Comissão Intra Hospitalar De Doação De Órgãos E Transplante) então todas elas são intercaladas (...).” “(...) Então se nós temos aqui uma captação e nós não temos nenhum receptor é ofertado para outro estado mais perto e assim sucessivamente para um estado mais longe, ai dependendo da logística, um coração não pode sair daqui do Paraná e ir para o Amazonas que não vai ter tempo hábil de fazer o transplante desse órgão. Por isso que é gerenciado via estadual e depois via nacional (...).”	Central Nacional de Transplante a nível nacional, Organização de Procura de Órgãos a nível estadual e a Comissão Intra Hospitalar de doação de órgãos e Transplante a nível hospitalar O órgão segue para o estado do paraná ou estado mais próximo.
Em sua opinião, a demanda de captação de órgãos é suprida?	“(...) Ela não é suprida, porque as vezes o avião não consegue pousar, então as vezes pode até perder alguns órgãos. Mas assim, em questão de logística dentro dos hospitais para fazer o protocolo, ela é totalmente suprida. Não tem perda. Mas existe a perda de captação devida a logística para poder vir buscar esse órgão nessa cidade”.	Não é suprida Problemas com a logística fora dos hospitais
Em sua opinião, como é o esclarecimento da população com relação a doação de órgãos?	“Na minha opinião ela ainda é fraca, na questão de divulgação (...).” “(...) O que eu vejo em questão de divulgação é melhor se trabalhar com as equipes da CIHDOTT, porque ainda a nossa maior dificuldade é a entrevista familiar (...).” “(...) Nós trabalhamos mais no mês de setembro, mas nosso foco agora é trabalhar com os profissionais, multiprofissionais para esclarecer a doação de órgãos. Não importa se a população está sabendo, e dentro do hospital ninguém consegue trabalhar, então nós temos que trabalhar não somente com os médicos, mas com enfermeiros, psicólogos, até mesmo o pessoal que trabalha na recepção. Todos os profissionais dentro do hospital eles tem que estar envolvido, se não estive envolvido, não tem o trabalho efetivo. ”	O esclarecimento da população com relação a doação de órgãos é fraco; Importância de treinamento da equipe da CIHDOTT e dos profissionais dentro do hospital para a entrevista familiar Envolver os profissionais no processo

Tabela 2 - Entrevista com o secretário da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, a respeito da captação de órgãos na visão do secretário da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2018.

		(Continuação)	
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização	
É necessária alguma melhoria? Quais?	“É necessário, ter um profissional na CIHDOTT, para poder trabalhar 8h/dia, até mesmo para planejar divulgação, trabalhar com treinamento dentro dos hospitais, fazer que o regimento interno, a política do hospital ela possa funcionar com um fluxo melhor e que o hospital ele possa ser conhecido como referência. Você chega no hospital, você fala sobre doação e todas as pessoas sabem falar, sabe o que é e o que não é doação. Ainda nós temos essas dificuldades de poder implantar um serviço melhor. Porque os profissionais que trabalham na CIHDOTT, eles estão sobrecarregados, então eles preferem trabalhar melhor na sua função, do que na CIHDOTT, porque na CIHDOTT eles ficam sobrecarregados. Então a melhoria que deve ser feita é um tempo maior do profissional trabalhar dentro da comissão de transplante.”	Necessidade de ter um cargo com dedicação exclusiva para trabalhar na CIHDOTT	Profissionais que trabalham na CIHDOTT sobrecarregados
		Necessidade de possibilitar maior tempo para os profissionais se dedicarem ao CIHDOTT	
Dentre as perguntas elencadas, alguma coisa que gostaria de acrescentar?	“(…) Que a CIHDOTT possa ser efetivamente um setor para se trabalhar, não uma comissão, então ele não é um setor ainda (…).” “(…) Então eu acho que a CIHDOTT já deveria ser um setor, quando ela é um setor, ela consegue trabalhar melhor dentro do hospital. E também o que se deve ser colocado, é que ainda as instituições elas trabalham de uma forma, entre aspas, escondido dentro das instituições até mesmo pela administração e também pela aceitação de alguns médicos para trabalhar dentro da captação. Porque a gente ainda vê a baixa adesão dos médicos para trabalhar na captação de órgãos. Porque o médico ele trabalha para os cuidados do paciente vivo. E alguns médicos a gente ainda tem que trabalha. Por isso que precisa a CIHDOTT tem que ser um setor e não uma comissão, aí ela pode trabalhar, pode trabalhar melhor: estatística, muitas outras coisas que ela pode trabalhar melhor dentro da instituição.”	CIHDOTT como setor e não comissão	Baixa adesão da equipe médica para atuar na captação de órgãos

Seguindo a linha apresentada pelo entrevistado, Pereira, Fernandes e Soler (2009) explicam:

Para que ocorra à retirada do coração especificamente, deve ser feito de maneira que não ultrapasse às 4 horas de isquemia, já que devemos considerar a escassez de doadores e não correr o risco do óbito desse órgão. Por isso é

importante controlar o tempo de isquemia, verificar possíveis anormalidades, tamanho das cavidades cardíacas, hematomas, lesões, e contrações do miocárdio, isto é, contração do músculo cardíaco a própria parede do coração. Após toda conferência, o coração é disposto em saco plástico estéril, ficando totalmente imerso em soro fisiológico a 4°C que por sua vez é revestido por dois outros sacos devidamente lacrados e seu transporte é feito em embalagem térmica própria, onde será incluído soro gelado e blocos de gelo assim garantindo a hipotermia no caso de longas distâncias (PEREIRA, FERNANDES, SOLER, 2009, p. 51).

Para que se efetive o transplante, diversos fatores anteriores ao transporte e realocação deste órgão, são cruciais para que de fato o transplante ocorra, de modo que, um problema não identificado no órgão (má perfusão, por exemplo), armazenagem incorreta, acarretam no descarte deste órgão. Assim, diversos fatores devem ser analisados e possuir um cuidado redobrado até que este órgão chegue em seu receptor em perfeito estado.

Outro ponto indicado pelo entrevistado foi com relação aos problemas logísticos, uma vez que, a falha no processo de transporte do órgão, ou a demora em se obter equipes para realizar a captação é um dos motivos de inviabilidade para que a doação ocorra (Quadro 2). Entretanto, ainda que tenha sido demonstrado que em Foz do Iguaçu os problemas logísticos não ocupam o primeiro lugar dos motivos que acarretam a não doação, sabe-se que é necessário adotar inovações no sistema de logística, uma vez que, este processo está diretamente ligado a eficácia do transplante (PEREIRA, FERNANDES e SOLER, 2009, p.28) (Figura 7).

Segundo o entrevistado, a atribuição do enfermeiro que trabalha na CIHDOTT é extremamente carregada e exaustiva, pois cabe a ele realizar diversas funções dentro da CIHDOTT, além daquelas desempenhadas na sua função dentro do setor do hospital.

Segundo o COFEN (2004), cabe ao enfermeiro da CIHDOTT: realizar a busca ativa; identificar o potencial doador; realizar a entrevista familiar; notificar à Central de Transplantes; acompanhar a manutenção deste potencial doador; manter o contato com equipe de logística; acompanhar o procedimento de coleta dos órgãos; devolver o corpo à família. Não obstante, deve o profissional possuir uma habilidade em comunicar-se, usar expressões de fácil compreensão, compreender a situação de angústia que aquela família se encontra, apresentar domínio de todas as etapas do processo de doação de órgãos.

Estes fatos ressaltam a importância de treinamento da equipe que labora neste setor, porquanto, como ressaltado pelo entrevistado a população deve ser esclarecida pelo profissional, tanto fora do âmbito hospitalar, quanto dentro do mesmo.

Desta forma, extrai-se da entrevista que a existência da CIHDOTT e a forma com que esta tem operado, proporciona melhor organização de todo o processo de captação de órgãos, e

consequentemente, há uma melhor identificação dos potenciais doadores. Contudo, ressaltou o entrevistado, por diversas vezes, que se houver a criação de um setor dentro da comissão, esta modificação proporcionaria profissionais mais capacitados, melhor articulados, com abordagem mais adequada dos familiares e maior, o que, por fim, viabilizaria a ampliação qualitativa e quantitativa na captação.

Segundo o entrevistado, na doação de órgãos as atividades de transplantes no Brasil, são fiscalizadas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o qual pertence ao Ministério da Saúde no âmbito federal. Já a Central Estadual de Transplante (CET) coordena a nível estadual possuindo a função de organizar, coordenar, regular e fiscalizar todo o sistema de transplantes com o apoio das centrais regionais de transplantes (Organizações de Procura de Órgãos - OPOs) localizadas no Paraná, em Cascavel, Curitiba, Maringá e Londrina, as quais tem como atribuição oferecer apoio às instituições que compõe a rede de doação e transplante de órgãos e tecidos (BRASIL, 2009) (Figura 8).

Conforme os dados da entrevista, as OPOs agem em parceria com as CIHDOTT, que são comissões que operam com o propósito de aperfeiçoar a identificação e a manutenção de potenciais doadores, bem como possui o caráter educativo. As comissões se articulam com as OPOs, que, por sua vez, se articulam com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos durante todo o processo de doação e transplante, sendo todos vinculados ao SNT (MOURA, SILVA, 2014, p. 03).

De outro lado, a fim de realizar um comparativo com as informações prestadas pelo secretário do HMCC, buscando entender o panorama das doações de órgãos em Foz do Iguaçu, a mesma entrevista foi realizada com a secretária da CIHDOTT do HMPGL, também em Foz do Iguaçu (Tabela 3).

Observa-se que em ambos os hospitais, os entrevistados relataram que quanto aos materiais, fluxo e atendimento das demandas, estes funcionam e a instituição disponibiliza o necessário (Tabela 1 e 3). Ainda, em semelhança a entrevista realizada com o HMCC (Tabela 1), no HMPLG foi informado que o setor de recursos humanos é limitado e há o desgaste das equipes, considerando a carga horária em que se labora, bem como a dupla função de cada enfermeiro (Tabela 3).

Na entrevista realizada no HMPGL (Tabela 3) houve o destaque para o financiamento, porquanto a entrevistada asseverou que os enfermeiros não recebem pela escala de sobreaviso.

Em uma revisão da literatura, constatou-se que o plantão da equipe que labora na doação de órgãos funciona diariamente vinte e quatro horas contínuas, de modo que a jornada de trabalho é em escala de revezamento 12x36 horas. Trabalham no plantão operacional a

equipe técnica (enfermeiros) e a equipe administrativa (técnicos de enfermagem) (GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2018). Contudo, nada sobre valores a serem pagos à equipe foram encontrados.

Das entrevistas, foi possível constatar que, em ambos os hospitais os entrevistados relataram a dificuldade em se captar o coração, asseverando que para ele ser transplantado não pode ter ocorrido uma parada cardíaca (Tabela 2 e 4). Ainda, foi destacado na entrevista com o HMPGL a respeito da faixa etária limite para ser um doador de coração (45 anos). Em contraponto, verificou-se que na entrevista com a secretária da CIHDOTT do HMPGL, diferentemente do HMCC, que um dos órgãos mais complexos a realizar a retirada seria o pâncreas, afirmando que o órgão deve estar muito bem preservado, o que é quase impossível de ocorrer (Tabela 2 e 4).

Tabela 3 - Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito das melhorias necessárias dentro do âmbito hospitalar, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.

(Continua)

Com a sua experiência como secretário da CIHDOTT, com relação a captação de órgãos, o que funciona e não funciona, no que diz respeito a:		
Tipificação	Resposta	Categorização
Material	“(…) A instituição disponibiliza para as equipes que vem captar: a sala cirúrgica, os materiais para acontecer a extração e o gelo. Então, o que compete a instituição ela fornece para a central estadual para que possa realizar o serviço.”	O que compete à instituição ela fornece
Recursos Humanos	“Nós somos bem limitados, tem eu, nós temos duas enfermeiras, psicóloga, serviço social e um administrativo, na nossa escala. Já na comissão nós temos mais dois médicos que fazem parte da comissão também. (...) Nossos recursos humanos é limitado também porque quando um sai o outro tem que fazer o trabalho do outro e ai acaba, só que esses outros já tem os seus papéis de supervisores então acaba sendo bem complicado e desgastante para a equipe por causa que a gente acaba agregando mais coisa no decorrer do protocolo, então a gente tem que estar disponível bastante tempo.”	Recursos humanos limitados Desgastes para a equipe por agregar mais de uma função
Financiamento	“(…) nós temos uma escala, mas a equipe não recebe por essa escala. Então a gente tem uma escala para a gente saber naquele dia quem é que está e quais são as atribuições, mas infelizmente a equipe não recebe a escala de sobreaviso.”	A equipe não recebe por escala A equipe não recebe a escala de sobreaviso

Tabela 3 - Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito das melhorias necessárias dentro do âmbito hospitalar, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.

(Continuação)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Fluxo	“O fluxo da identificação dos pacientes nós fazemos dentro da UTI durante as visitas multidisciplinar e a noite, de madrugada e finais de semana, os enfermeiros imediatamente já avisam a secretaria da CHIDOTT quando algum paciente abriu pupila e está com critério para investigação de morte encefálica, nos blocos a mesma coisa, o maior número de pacientes que abrem pupila ou já chegam com os critérios de investigação de morte encefálica são no pronto socorro quando ele já chega a equipe do pronto socorro já avisa a secretaria também pra comunicar que talvez tenha um potencial doador.”	Identificação potenciais pacientes com morte encefálica Comunicação à secretaria do CHIDOTT sobre potencial doador
Atendimento das Demandas	“(…) identificou o potencial doador a gente já começa cuidando desse potencial doador, coletando os exames necessários para investigação (…), para que possa em um tempo mínimo conseguir abrir a investigação já conseguir terminar essa investigação desse paciente. Então (…), é bem sazonal a gente tem mês as vezes não tivemos menos que 3 protocolos no mês, teve mês que tivemos até 8 protocolos, teve mês que a gente correu com 3 protocolos no mesmo dia (…)	O atendimento das demandas funciona; Todos os cuidados pós identificação são tomados As demandas variam sazonalmente

Tabela 4 - Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito da captação de órgãos na visão da secretária da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.

(Continua)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Na sua visão como secretário da CIHDOTT, qual o órgão com a maior dificuldade em se realizar a captação?	“O pâncreas e o coração são dois órgãos extremamente delicados para serem captados e posteriormente transplantados (…).”	Pâncreas e Coração
E por qual motivo é tão difícil?	“Bom pâncreas é muito difícil, ele tem que estar muito, muito bem preservado, eu diria assim que quase impossível de realizar a captação do pâncreas (…).” “(…) Coração batendo, esse paciente tem que estar em uma faixa etária até 45 anos, esse paciente não pode ter tido trauma, esse paciente não pode ter tido parada, esse paciente tem que ter um eco-cardio bom para que esse coração possa oportunizar outra pessoa a viver (…).”	O Pâncreas deve estar bem preservado; O coração deve estar batendo e ser captado em uma pessoa menor de 45 anos;

Tabela 4 - Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito da captação de órgãos na visão da secretária da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.

(Continuação)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Na sua experiência como secretária, existem atrasos na demanda de captação de órgãos?	<p>“(…) existe. (…) quando é doação de todos os órgãos a demanda é maior porque envolve mais equipes. Mas quando é doação de fígado rim nós temos a equipe de Cascavel, então essa equipe geralmente ela vem, e a gente consegue cumprir o prazo que a gente determinou para a família (…)”.</p> <p>“Se a gente não consegue cumprir se não tem equipe, a gente realiza a captação do órgão que puder ser realizado, porque, pra não falhar com a família e também dar a oportunidade para quem precisa também de ter esse órgão para ser transplantado. Não é retirado todos os órgãos, mas, algum órgão é retirado, então alguma pessoa vai viver através dessa doação dessa família (...), a central agiliza bastante as equipes para poder, pra gente poder cumprir e não falhar com a família.”</p>	<p>Existem atrasos</p> <p>Quando há mais órgãos a serem captados, mais equipes são necessárias</p> <p>A Central de Transplantes agiliza as equipes</p> <p>Quando não se consegue captar vários órgãos, são captados aqueles possíveis</p>
Como acontece a captação de órgãos nesta região?	<p>“Como nós não temos equipe própria do hospital que faz a captação, a partir da autorização da família nós mandamos para a OPO e eles correm um ranking, aí é a OPO que busca as equipes para poder realizar a captação, então nós não temos contato com essa logística, nosso contato é família mesmo, e contato com a equipe dentro do centro cirúrgico quando eles vem captar. Então a logística é feita pela OPO Cascavel”.</p>	<p>A OPO realiza a logística de captação de órgãos</p>
Qual o fluxo de captação/doação de órgãos?	<p>“A gente ano passado (2018) tivemos 32 captações, nós tivemos 50 e poucas investigações, dessas investigações a gente teve bastante descartes pelos pacientes serem soro positivo, pelos pacientes serem diagnosticados com tumor no sistema nervoso central e negativa se eu não me engano a gente teve 7 ou 9, a grande maioria das nossas negativas eram o paciente não era doador em vida, e as famílias não quiseram discordar dessa decisão em vida.”</p>	<p>Há investigação de potenciais doadores e houve captações</p> <p>Muitos descartes de potenciais doadores em virtude da contra indicação clínica e recusa familiar</p>
Há uma diferença, no que concerne a captação de órgãos, com o tipo de órgão?	<p>“Quando fígado e rins a gente consegue terminar bem mais rápido, quando é pulmão e coração demora um pouco mais, porque esses órgãos têm que ser retirado primeiro, as equipes já têm que se deslocar imediatamente para poder ir transplantar então ela demora mais sim. Quando são vários órgãos demora muito mais para acontecer.”</p>	<p>Sim</p> <p>Quando são vários órgãos demora mais</p> <p>Coração e Pulmão devem ser retirados primeiro</p>

Tabela 4 - Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito da captação de órgãos na visão da secretária da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.

(Continuação)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Desde quando o hospital realiza a captação de órgãos?	“Acredito que desde quando ele era da pró-saúde, acredito que desde 2010.”	Desde 2010
Como funciona a rede de captação de órgãos?	“Nós somos a CIHDOTT aí nós nos reportamos a OPO que ela é regionalizada, tem em Cascavel, Londrina, Maringá e Curitiba, então a OPO se reporta a Central Estadual de Transplantes, que depois automaticamente se reporta ao SNT (Sistema Nacional de Transplante), então nós somos o feijãozinho lá do começo, mas sem nosso trabalho aqui não teria essas captações e esses transplantes acontecendo, tudo começa pelos nossos olhos pelo nosso trabalho. Então o trabalho da CIHDOTT é extremamente necessário para que o sistema funcione.”	A CIHDOTT se reporta a OPO, que se reporta a CET, a qual comunica a SNT
Em sua opinião, a demanda de captação de órgãos é suprida?	“Olha no estado do Paraná, faz uns 3 anos pra cá a fila por exemplo para o rim ela tem diminuído bastante, no estado do Paraná né. Agora nos outros estados ela tem sido bem grande, então a gente sabe de casos, em dezembro a gente teve nosso encontro das CIHDOTT em Curitiba, que as pessoas estão vindo para o estado do Paraná, morar no estado do Paraná para poder transplantar rim e fígado, porque aqui tá sendo muito mais rápido devido as captações estarem acontecendo, e as notificações estarem acontecendo e o Paraná estar em primeiro lugar, no Brasil em captação de órgãos.”	No Estado do Paraná é relativamente bem suprida com relação a captação de rins e fígado Pessoas de outros estados estão vindo residir no Paraná para realizar o transplante mais rápido

Tabela 4 - Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito da captação de órgãos na visão da secretária da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.

(Continuação)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Em sua opinião, como é o esclarecimento da população com relação a doação de órgãos?	<p>“A gente tem muito para trabalhar ainda, muito, muito mesmo. Nós temos bastante dificuldades com essas pessoas, porque como nós somos um hospital na tríplice fronteira. Nós temos bastante dificuldade com os paraguaios, digo nacionalidade, paraguaios mesmo, não digo os brasiguaios. (...), Mas os paraguaios mesmo, é muito difícil, uma das maiores negativas nossas é referente a isso, (...) e nós não temos grandes resultados com essa população. ”</p> <p>(...) Mesmo sendo no nosso Brasil, a gente tem bastante pessoas contrárias a doação, pessoas mais antigas, que quando a gente pergunta: “mas o que te levou a falar não”, o porquê levou ele a falar que ele não era doador? Eles não sabem explicar, então eu acho que é por falta de conhecimento mesmo porque se eles tivessem chego até os profissionais e esses profissionais explicassem como é o sistema, como é a fila, né, como tudo funciona, que a gente tem mais chances de precisar de que poder doar porque a gente não sabe a forma como a gente vai morrer, por falta de esclarecimento mesmo da população, então acho que a gente tem que trabalhar muito isso: esclarecer a população.”</p>	<p>Falta esclarecimento da população</p> <p>Maior dificuldade de obter consentimento para doação de pessoas de nacionalidade paraguaia</p> <p>Falta de conhecimento da população sobre o que é o transplante, como funciona</p>
É necessária alguma melhoria?	“Várias melhorias (...)”	Sim

Tabela 4 - Entrevista com a secretária da Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Doação de Órgãos, realizada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a respeito da captação de órgãos na visão da secretária da CIHDOTT, Foz do Iguaçu, Paraná, em 2019.

(Continuação)		
Pergunta	Resposta Representativa	Categorização
Quais?	<p>“(…) Aqui no hospital a nível local, nós precisaríamos que a nossa comissão fosse reconhecida, uma comissão melhor estruturada, com mais integrantes e que essa equipe fosse montada e pudesse andar com as próprias pernas, ou seja, que os integrantes dessa equipe recebessem pelo serviço que cada um está engajado dentro dela. (...) então não é algo exclusivo, porque nós mesmos temos um papel primordial que é fazer esses esclarecimentos à população que eu disse antes, a população precisa ser esclarecida, nós funcionários dentro do hospital precisam ser esclarecidos, nossos usuários precisam ser esclarecidos e a comissão faria isso, né, porque o trabalho é bem intenso referente a isso, então nós teríamos sim que ter a nossa equipe só para isso, para que nós pudéssemos fazer melhor o nosso trabalho, então essa estruturação é necessária e primordial também.</p> <p>Referente ao sistema nós temos muita coisa para melhorar ainda, temos muito tabu para quebrar, o sistema é reconhecido mais ainda tem muita falha, precisamos deixar bem claro a nossa situação, mudanças de governo não devem interferir no trabalho da captação de órgãos e transplante isso no estado do Paraná temos isso muito fortalecido, que nossa coordenadora é uma pessoa que não é da parte política, ela é técnica, então isso nos ajuda a manter o serviço, nosso serviço tá mantido.”(…)</p> <p>(…) Então todos os estados tem que estar fortalecidos para que a gente possa fortalecer o sistema para que não possa restar dúvida nenhuma de todos os envolvidos, principalmente da população que doa e é população que recebe, então não pode deixar falha nesse sistema.”</p>	<p>A nível local, necessita de uma comissão melhor estruturada, reconhecida, com mais integrantes e remunerada</p> <p>A nível de sistema, mudanças de governo não devem interferir no trabalho da captação de órgãos, no paraná, tem se mantido o serviço.</p> <p>Todos os estados devem fortalecer a doação de órgãos para que fortaleça o sistema de transplante</p>
Dentre as perguntas elencadas, existe alguma coisa que gostaria de acrescentar?	Não	-

Conforme demonstrado no Quadro 2 o pâncreas é um dos órgãos com o tempo de isquemia mais elevado, em um comparativo com os outros órgãos, podendo permanecer fora

do corpo de 12 a 24 horas. Isto demonstra que há um problema a ser investigado, a fim de ser descoberto o porquê o pâncreas é um dos órgãos mais difíceis de se captar em perfeito estado, o que leva este órgão a não se encontrar próprio para transplante?

Verificou-se que na entrevista com o HMPGL as contraindicações clínicas foram reforçadas como um dos problemas de descartes de órgãos para o transplante (Tabela 4). As contraindicações clínicas aqui reforçadas pela entrevistada corroboram os resultados da pesquisa quantitativa, a qual apontou a contraindicação clínica como importante motivo de não efetivação para a doação de órgãos em primeiro lugar em Foz do Iguaçu (Tabela 2, 4 e Figura 6).

As contraindicações clínicas estão intimamente ligadas aos fatores de estilos de vida adotados pela população brasileira. Percebe-se que as decisões tomadas pelos indivíduos a respeito de seu estilo de vida, rotina, alimentação, atividades de lazer, comportamentos sociais, níveis socioeconômicos e uma vida com níveis de estresse elevado, contribuem diretamente para a não doação, sendo que a soma destes fatores prejudica a saúde do indivíduo fazendo-o precisar de um transplante e não ser considerado um potencial doador (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Isto demonstra que mais pesquisas devem ser realizadas, estimulando a implementação de políticas públicas que ajudem a criar como praxe na vida dos brasileiros, atitudes saudáveis, a cuidar do corpo e a prevenir doenças.

Em semelhança à entrevista realizada com o HMCC (Tabela 2), no HMPGL também indicou os atrasos na demanda de captação de órgãos, correlacionando este fato a quantidade de órgãos, mencionou a entrevistada que quanto mais órgãos há para se captar, mais equipes demandam e conseqüentemente mais atrasos podem ocorrer considerando os problemas logísticos (Tabela 4). A lista única é nacional, contudo as distribuições dos órgãos são regionalizadas, em que o órgão do potencial doador é disponibilizado para um receptor do mesmo estado primeiramente, para depois ser ofertado a outros estados. Esta seleção ocorre por questões de logística e de isquemia do órgão (GOVERNO DO BRASIL, 2016).

Quanto ao funcionamento da captação de órgãos nesta região, ambos os entrevistados relataram o mesmo procedimento, assegurando que os membros da CIHDOTT se reportam a OPO, que por sua vez se reporta a CET, a qual comunica a SNT, tal qual demonstrado no fluxograma da Figura 8.

Como outrora mencionado, o SNT regula a lista única, a qual se trata de um programa informatizado, os quais são gerenciados pela CET. Este sistema, faz o cruzamento das informações do órgão do doador com a compatibilidade com algum potencial receptor da lista.

Assim, o SNT conta com uma estrutura com normas e hierarquizada, sendo um dos motivos do sucesso dos transplantes no Brasil (GARCIA, 2015, p. 167) (Figura 8).

A CNT possui a função de coordenar a logística e a distribuição de órgãos e tecidos no processo de doação-transplante em âmbito nacional. Já a CET, também chamada de Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), possuem a função de operar as atividades de notificação, captação e distribuição dos órgãos para transplante, gerenciar a lista única no estado e controlar e fiscalizar as atividades de doação e transplantes no estado (GARCIA, 2015, p. 174) (Figura 8).

De outro lado, a OPO atua de forma regionalizada em conjunto com a CIHDOTT, possuindo como responsabilidade a capacitação dos funcionários, cuidados com a efetivação dos transplantes, manutenção do potencial doador e a identificação e solução de fragilidades no processo de doação. Ela pode ser definida como uma coordenação supra-hospitalar responsável por organizar e amparar atividades conexas a doação de órgãos e tecidos (GARCIA, 2015, p. 176) (Figura 8).

Logo mais, há CIHDOTT a qual foi implementada com o objetivo de majorar a captação de órgãos e auxiliar as atividades da CNCDO, desempenhando diversas funções que colaboram diretamente para o sucesso da captação de órgãos, tais como a entrevista familiar e a manutenção desse potencial doador até a equipe chegar ao hospital e coletar este órgão (Tabela 2 e 4) (Figura 8).

Em uma análise da legislação, encontra-se que é função da CIHDOTT elaborar campanhas educativas sobre a necessidade de órgãos e tecidos para transplante e dar a devida publicidade, bem como implementar programas de qualidade e responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgão (BRASIL, 2009). Desta forma, com o esclarecimento dos profissionais que laboram dentro do hospital, mais fácil seria esta abordagem com os familiares do potencial doador, aumentando assim, a porcentagem de aceite familiar para a doação de órgãos.

A abordagem à família do possível doador, realizada pelos enfermeiros secretários da CIHDOTT, deve apresentar além do conhecimento científico indicativo ao quadro clínico do paciente, um preparo emocional que lhe permita lidar com as díspares reações dos familiares diante da perda, de modo que estes entendam a ME e concordem com a doação de órgãos, entendendo esta, como um ato humanitário (GIOVANI, SANTOS & CROCI, 2000).

Ainda, os profissionais que laboram neste setor devem estar constantemente se atualizando, tanto em quesito de legislação, que a cada ano avança e se desenvolve prosperamente, quanto em técnicas medicinais. Os transplantes são procedimentos extremamente delicados e exigem recursos humanos dedicados a essa atividade, com capacitação adequada e atualizações constantes. Desde a constatação da ME até a realocação do órgão no corpo do receptor, devem ser bem executadas e articuladas (PERI; TOMASSI, 2012).

Em ambos os hospitais se verificou que a resposta mais reforçada pelos secretários foi a de criação de um setor para a CIHDOTT, a fim de que o trabalho exercido pelos profissionais na comissão possa ser mais divulgado, melhor trabalhado, remunerado, bem como que o profissional tenha mais tempo de cumprir todos os protocolos e possuir uma qualidade de vida. Para Ganthaler (2006, p. 173) a vida humana somente possui importância para o detentor ou para alguém próximo a ele, assim ele informa que:

(...) Em uma outra forma de aplicação, fala-se da vida em um sentido relativo. Segundo esta, vida humana individual pode ter valor somente para alguém (o detentor dessa vida ou uma outra pessoa), caso em que a expressão “valorosa” é utilizada como predicado duplo ou expressão de relação da forma `X é valoroso para Y (...) (GANTHALER, 2006, p.173).

Quando colocado em contraponto a vida do paciente *versus* a vida do profissional de saúde, vemos a valorização e o reforço pela colocação em primeiro plano da vida do paciente,

de modo que, todos os meios humanos devem e serão empregados para que aquela vida seja salva, muitas vezes, significando o sacrifício da qualidade de vida de um profissional da área da saúde. Aquele que labora por mais de oito horas, enfrenta situações de vida e morte, bem como encontra os pacientes em suas horas mais angustiantes e, apesar da exaustão muitas vezes física ou mental, faz o seu melhor nessas situações, com profissionalismo, para salvar vidas, acalentando aquele paciente que está em seu momento de aflição.

No que diz respeito ao esclarecimento populacional sobre o assunto doação de órgãos, ambos os entrevistados ressaltaram que a população necessita de maiores esclarecimentos sobre como funciona a doação de órgãos, o transplante e o sistema de saúde. Afirmaram que quando a população conseguir compreender que é muito mais provável que se necessite de um transplante do que ser considerado um potencial doador (ponderando o fato de que não sabemos a forma que iremos morrer), a população enxergará o transplante e a doação de órgãos com outros olhos. Ambos secretários ressaltaram que a sensibilização da população sobre a doação deve começar dentro do hospital, ou seja, a equipe deve deter o conhecimento para que possa repassá-lo (Tabela 2 e 4).

Assim, verifica-se que o processo de doação de órgãos e transplantes, no Brasil está respaldado em um conjunto de normativas as quais regulamentam o Sistema de Transplantes adotado no país, desde seu nível nacional até em âmbito hospitalar.

Mudanças são mais que necessárias para se obter um aumento na quantidade de transplantes efetivados, e cada secretário apontou na direção em que acredita ser o setor mais necessitado de mudanças. O fluxo de doações de órgãos no Paraná e o atendimento das demandas, principalmente no que diz respeito a transplantes de rins e fígado é destaque. Contudo, ainda não é, em números absolutos, o suficiente para suprir a população brasileira. Muitos são os avanços necessários para que se mude o quadro de transplantes efetivados.

Diferentemente do que aponta a literatura, não é somente a recusa familiar que causa óbice a doação de órgãos, critérios clínicos como órgãos com má perfusão e doenças imunossupressoras também ocupam a lista de motivos para a não doação. De outro lado, apesar de existirem, os problemas logísticos não estão entre o primeiro colocado em Foz do Iguaçu, como outrora se acreditava.

Ademais, devemos lembrar que os profissionais que laboram na CIHDOTT devem ser capacitados para trabalhar pela carga horária determinada na legislação, cumprir escalas de sobreaviso, buscar novas especializações, estar sempre se atualizando com o que há mais moderno, pois profissionais não capacitados em realizar a manutenção do potencial doador ou

em conduzir adequadamente uma entrevista familiar, acabam por também corroborar a perda de um doador.

São diversos detalhes, todos entrelaçados, de modo que se na entrevista o profissional da saúde não souber abordar corretamente a família, ou, se descobriu contraindicações clínicas, ou, se não houve equipe para captar o órgão, ou, se não houve a manutenção correta deste potencial doador, a doação de órgãos não ocorre. Assim, muitos são os motivos que levam à não doação.

Em ambas as entrevistas, verificou-se que os secretários apontaram para o que acreditam que deve ser melhorado, seja por criação de um setor próprio para a CIHDOTT, questões de equipe estruturada, organização de sistema e governo, a soluções logísticas para uma melhor rapidez na coleta destes órgãos.

Fato é que o Paraná recebeu recentemente prêmios pela quantidade de captação efetivada e transplantes realizados (TN online, 2019). Assim, questiona-se o quão avançado e deslumbrante seriam os resultados, caso alguns pequenos ajustes fossem realizados. Quantas vidas não poderiam ser salvas? Quantas pessoas não viveriam através de outras?

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o sucesso dos transplantes no mundo, houve a necessidade de criação de novas normas legislativas a fim de regular o procedimento, o consentimento, o reconhecimento da autonomia da vontade, bem como preservar a dignidade daquele que, por um ato solidário e de amor, doou seus órgãos.

Constatou-se que a doação de órgãos e o transplante, estão intimamente ligados aos princípios constitucionais e a perspectiva da bioética, os quais foram criados com o intuito de preservar a vida, norteando e delimitando as formas de doação de órgãos, tanto do doador quanto do receptor. Entretanto, verifica-se a necessidade de aprimoramento da legislação quanto o reconhecimento da autonomia da vontade do doador, eis que na atual legislação a família do potencial doador possui a decisão final. Ainda não há nenhuma forma de preservação da vontade do doador, caso este realmente queira doar e sua família seja contra. Assim, há a necessidade da criação de um instrumento hábil a fim de dar notoriedade da vontade do potencial doador de forma clara e pública, enquanto há o estado de consciência e capacidade civil.

Com esta pesquisa, foi possível verificar que os enfermeiros responsáveis pela CIHDOTT desenvolvem papel importante na identificação do potencial doador de órgãos e tecidos para fins de transplante, eis que são o elo entre o paciente, a família e a equipe de captação de órgãos. A equipe também é fundamental para a disseminação dos conhecimentos relativos à doação de órgãos e transplante por meio de palestras, cursos, contato com os familiares e instrução para os demais funcionários dentro do hospital.

No entanto, percebeu-se que o profissional que labora na CIHDOTT, o faz de forma voluntária, agregada a sua função dentro do hospital. Nas entrevistas foi possível observar que a maior reivindicação dos enfermeiros se trata da criação de um setor próprio para a CIHDOTT, a fim de que se possa laborar exclusivamente neste setor, aprimorando a divulgação, realizando cursos específicos voltados para a oratória e sensibilização da família, a qual é questionada em seu momento mais sensível sobre a vontade ou não de doar os órgãos de seu ente querido.

Foi possível constatar que a falta de capacitação profissional do pessoal da área da saúde e/ou a incapacidade de conduzir adequadamente uma entrevista familiar, acabam por colaborar na perda de um potencial doador. Assim, necessário seria a criação de um setor próprio para a CIHDOTT, porquanto a dedicação exclusiva do profissional que ali labora contribuiria para o aumento considerável da doação de órgãos. Eis que este teria mais tempo para conversar com

a família, elaborar mais palestras para a conscientização populacional, realizaria cursos para aprimoramento profissional, bem como poderia conscientizar os demais funcionários dentro do próprio hospital. Saber abordar o tema de doação de órgãos e deter o conhecimento sobre o mesmo é necessário para o aceite da família na doação.

Ainda menciona-se a necessidade de implementação de programas de educação direcionadas à equipe que realiza a manutenção do potencial doador, a entrevista familiar, a captação de órgãos e demais profissionais da área da saúde, fazendo com que haja um aumento significativo na segurança em se falar sobre o tema e, conseqüentemente, na aceitação da família pela doação de órgãos. Uma equipe melhor qualificada terá mais segurança para discutir sobre o referido tema e acalantar a família neste momento difícil.

Com o desenvolvimento desta pesquisa constatou-se que, muitos são os motivos que levam a não doação dos órgãos. Embora ressaltado pela literatura que o motivo principal seja a recusa familiar, constatou-se que aqui em Foz do Iguaçu – Paraná, as contra-indicações clínicas são um dos principais motivos, seguido da recusa familiar, que impedem a efetividade da doação.

Com relação a recusa familiar, observa-se que a falta de informação correta sobre a doação e o diagnóstico da ME, podem contribuir para interpretações deturpadas a respeito da captação e do transplante de órgãos. Ao ver seu ente querido quente e com batimentos cardíacos, há uma falsa ideia de que ele ainda está vivo, levando a negativa da doação. Muitos foram os relatos, em conversas informais com os secretários da CIHDOTT, que somente com a suspensão do suporte avançado de vida, que são manobras médicas invasivas destinada à estabilização clínica de um paciente, é que os familiares compreendiam a morte em si.

Frente a essa realidade, o profissional da área da saúde deve conversar com a família, fazendo o papel de educador, a fim de esclarecer e modificar os pré-conceitos que a população tem sobre a doação. Promover debates sobre o assunto, realizar palestras em colégios a fim de sanar as dúvidas podem ajudar significativamente na alteração da realidade fática do Brasil.

Com relação as contra-indicações clínicas, verificou-se que o estilo de vida da população brasileira compromete e muito na efetividade da doação. Eis que péssimos hábitos alimentares, sedentarismo e altos níveis de estresse contribuem diretamente no aumento de doenças que comprometem os órgãos. Assim é necessário realizar mais pesquisas a respeito das contra-indicações clínicas na doação de órgãos, buscando entender o principal motivo da alteração de estilo de vida da população brasileira e, realizar atividades educativas, estimulando a implementação de políticas públicas que ajudem a criar como praxe, na vida dos brasileiros, atitudes saudáveis, cuidar do corpo e prevenir doenças.

Acredita-se que tais medidas possam contribuir para o crescimento dos índices de captações, refletindo diretamente no número de transplantes de órgãos, representando consequentemente a sobrevivência e a melhora das condições da vida de milhares de pessoas que atualmente esperam ansiosamente por um transplante.

A doação de órgãos caracteriza-se por um ato solidário, amável, pautado no desinteresse do bem físico, composto de um benefício para aquele que o pratica. Deve ser este ato difundido, para que haja o menor número de pessoas dependendo das nossas escolhas para viver com qualidade de vida.

Como demonstrado, o Paraná, foi nos últimos anos reconhecido nacionalmente como o Estado que mais capta órgãos e realiza transplantes, nas condições atuais. Imagina-se o quanto não melhoraria e cresceria a taxa de captação e realização de transplantes, se algumas alterações fossem realizadas. Acredita-se que com pequenas mudanças esta realidade seria possível.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam subsidiar outras pesquisas sobre a doação de órgãos e transplantes, no sentido de auxiliar a criação de políticas públicas, alterações legislativas, cursos e palestras a fim de aumentar o conhecimento sobre o tema. Tendo em vista todos os benefícios que a doação pode acarretar para quem espera muito por um órgão, os dados apresentados podem guiar ações, pesquisas e medidas para o aumento da doação e promoção da saúde para a sociedade em geral.

6. REFERÊNCIAS

ADOTE. Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos. Disponível em:

<http://www.adote.org.br/oque_perguntas.htm> Acesso em: 20/05/2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. ABTO, **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: JANEIRO/MARÇO de 2018**. Disponível em:

<<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/rbt2018-leitura.pdf>> Acesso em: 20/06/2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. ABTO, **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: JANEIRO/MARÇO de 2019**. Disponível em:

<<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-1%20trim%20-%20Pop.pdf>> Acesso em: 20/04/2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. ABTO, **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016)**. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>> Acesso em: 14/06/2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. ABTO, **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado**, p. 22-24. 2017.

Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>>. Acesso em: 20/06/2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. ABTO, **Entenda a Doação de Órgãos de Órgãos de Órgãos Decida-se pela Vida**. Jornal manual do estudante final. p. 65. Disponível em: <

<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/entendadoacao.pdf>> Acesso em: 14/06/2018.

BADOCH, Arlene Terezinha Cagol Garcia. **Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Paraná. Central Estadual de Transplantes do Paraná. Manual de Transplantes**. 3ª Ed.

2014. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CET/Manual_CentralEstadualdeTransplantes_2014.pdf>. Acesso em 04/08/2018.

BANDEIRA, Ana Cláudia Pirajá. **Consentimento no transplante de órgãos: à luz da lei 9.434/97 com alterações posteriores**. Curitiba: Juruá, 2001. p. 217.

BARDIN, Laurence. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

BARRETO, Vicente de Paulo. **A Ideia de Pessoa Humana e os limites da Bioética**. In: BARBOSA, Heloisa Helena; BARRETO, Vicente de Paulo. (Orgs.) **Novos Temas de Biodireito e Bioética**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 220-221.

BELTRÃO, Silvio Romero. **Direitos da personalidade: de acordo com o Novo Código Civil**, 2005, p. 23.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direitos de Personalidade e Autonomia Privada**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N º1.480**, 08 ago. 1997. Diário Oficial da União, Brasília- DF, 21 ago. 1997. p. 18 - 227.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/doacao.htm> Acesso em 24/12/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. DECRETO Nº 9.175, DE 18 DE OUTUBRO DE 2017. **Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento**. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm> Acesso em: 15/12/2018.

BRASIL. LEI 10.211 DE 23 DE MARÇO DE 2001. **Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”**, Brasília, DF, fev 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 30/06/2018.

BRASIL. LEI 10.406 DE 10 DE JANEIRO DE 2002. **Institui o Código Civil**, Brasília, DF, jan, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso em: 30/06/2018.

BRASIL. LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Brasília, DF, set, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30/06/2018.

BRASIL. LEI 9.434 DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997. **Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências**. Brasília-DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L9434.htm>. Acesso em: 30/06/2018.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.600, de 21 de outubro de 2009. **Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes**. Diário Oficial da União 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/2013_0520-doc12_contribconsnadesauderegulamentotecnicosnt.pdf> Acesso em: 09/04/2019.

BRASIL. RESOLUÇÃO 2.173, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2017. **Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. 2017**. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>> Acesso em: 15/01/2019.

CALDEIRA, Gabriela Guilhem. **Transplantes de órgãos de tecidos**. Conteúdo Jurídico, Brasília - DF: 05 jul. 2014. Disponível em:

<<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.48921&seo=1>> Acesso em: 30/05/2018.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. p. 82.

CASABONA, Carlos María Romeo; Sá, Maria de Fátima Freire de (Org.) **“Desafios Jurídicos da Biotecnologia”**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2007. p.130.

CHAVES, Antônio. **Direito à vida e ao próprio corpo**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

CLAUSELL NO, Gonçalves LFS, Veronese JV. **Manutenção de doadores de órgãos. Em: Rotinas em terapia intensiva**. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. Pp. 543-9.

COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de Direito Civil**. São Paulo: Saraiva. 2003. v. 1. p. 199

COELHO, Júlio Cezar Uili et al. **Qualidade de vida do doador após transplante hepático intervivos**. Arq. Gastroenterol, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 83-88, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25/07/2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 292, de 07 de junho de 2004. **Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2922004_4328.html>. Acesso em: 06/02/2019.

CONTI, Matilde CarneSilabe. **Biodireito: A Norma da Vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

CUIABANO, Roseli Seror. **Morte Encefálica no Contexto de Doação de Órgãos**. 2010. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/1761>. Acesso em: 21/06/2018,

DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**, 23ª edição. São Paulo: Malheiros Editores, 2004, p. 199.

DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. **Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias**. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 728-735, Dec. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22/04/2018.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em:
<www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf> acesso em 09/05/2017.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 4º ed. rev. a São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Editora Saraiva, 7ª edição, 2010.

_____. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 792.

DURAND, Guy. **“Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos”**. Trad. Nicolás Nyimi Campanário. São Paulo: Editora Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2003. p.177.

FERRAZ, Flávio Carvalho. **A questão da Autonomia e a Bioética**. In: Simpósio Internacional de Genética e Ética, 1, 1997, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997. Disponível em:
<http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/232/233>. Acesso em: 31/05/2018.

FERREIRA, Jussara Suzi Assis Borges Nasser. **Bioética e Biodireito**, 1999.

FERREIRA, Ubirajara. **Captação de órgãos para transplante**. São Paulo: Gráfica e Editora Tecla Tipo, 1997.

FIORILLO, Celso Antonio Pacheco. **Princípios do Processo Ambiental**, 2004, p. 13

FONSECA, Márcia Aparecida de Abreu; CARVALHO, Alysson Massote. **Fragments da vida: representações sociais de doação de órgãos para transplantes**. Interações, São Paulo, v.10, n. 20, p. 85-108, dez. 2005. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072005000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21/04/2018.

FROSINI, Vittorio. **Derechos Humanos y Bioética**. Bogotá: Editorial Temis S. A, 1997.

GANTHALER, Heinrich. **O direito à vida na medicina: uma investigação moral e filosófica**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2006.

GARCIA VD, Pestana JOM, Ianhez LE. **História dos transplantes no Brasil**. In: Garcia VD, Abud Filho M, Neumann J, Pestana JOM. Transplante de Órgãos e Tecidos. São Paulo: Segmento Farma; 2006. Cap 3, p.27-29.

_____. **A política de transplantes no Brasil**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v. 50, n. 4, p. 313 – 320, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/50-04/aesp01.pdf>>. Acesso em: 01/08/2018.

GARCIA, Clotilde Druck (org.) **Doação e transplante de órgãos e tecidos** / Organizadores Clotilde Druck Garcia, Japão Dröse Pereira, Valter Duro Garcia. – São Paulo: Segmento Farma, 2015. 560 pp.

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.

GOLDIM, José Roberto. **Aspectos Éticos dos Transplantes de Órgãos**. Disciplina de Bioética I - Aspectos Fundamentais/UFRGS. Página de Abertura - Bioética. 2005.

_____. **Consentimento Presumido para Doação de Órgãos – A Situação Brasileira Atual. 2005.** Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7541/transplantes-de-orgaos-etecidos/2>>. Acesso em: 31/05/2018.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Esquematizado.** Volume. 1. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GOVERNO DO BRASIL. **Saiba quais são os critérios da lista de espera por transplantes.** 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2016/09/saiba-quais-sao-os-criterios-da-lista-de-espera-por-transplantes>> Acesso em: 15/02/2019.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de **Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos 2018 – 2022.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Plano_Estadual_de_Doacao_e_Transplante_PARANA_19_09_2018.pdf> Acesso em: 15/03/2019.

HEIMANN L.; IBANHES, C.; BARBOZA, R. **O público e o privado na saúde.** São Paulo: Hucitec; p. 239. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/21.pdf>>. Acesso em: 21/04/2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Foz do Iguaçu, 2018.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/panorama>>. Acesso em: 26/06/2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2016. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil.** Rio de Janeiro, 2017.

IRODAT. **International Registry In Organ Donation And Transplantation.** Disponível em: <<http://www.irodat.org/?p=publications>>. Acesso em: 21/07/2018.

JACOB, F. et al. **Regional awareness campaign concerning organ sharing.** *Transplantation Proceedings*, Houston, v.28,n.1, p. 393, 1996.

KAHAN BD. **Transplantation proceedings in the second era: an organ undergoing evolution.** Transplant Proc. 2007;39(1):5-8.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes e Outros Escritos, Coleção a Obra-Prima de cada Autor**, 2005, p. 65.

LAGE, Candice Ellen Barbalho; ALVES, Marcelo da Silva. **(DES) Valorização da enfermagem: implicações no cotidiano do enfermeiro.** Enferm Foco, v 7, n 3/4, p. 12-16, 2016.

LEITE, Rita de Cássia Curvo. **Transplantes de Órgãos e Tecidos e os Direitos da Personalidade.** São Paulo: Juarez de Oliveira, 2000, p.104.

LEMES, Maria Madalena Del Duqui, NETO, Manoel Lemes da Silva. **História do transplante de fígado: uma revisão de literatura.** Estudos (Goiânia): UCG, v.31, n. 8, p. 1381-1392, ago 2004.

LEONE; PRIVITERA; CUNHA apud JUNQUEIRA, Cilene Rennó. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios.** 2001. Disponível em:
<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf>. Acesso em 08/07/2018.

LIMA, Madalena. **Transplantes: relevância jurídico-penal.** Coimbra: Livraria Almedina, 1996, p.120.

MACHADO C, Estevez M, Redriguez R et al. **Wakefulness and loss of awareness: brain and brainstem interaction in the vegetative state.** Neurology 2010; 75 (8): 751-752.

MALININ T. **Surgery and life: the extraordinary career of Alexis Carrel.** Harcourt Brace Jovanovich: New York, 1979.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito.** 2ª edição, Editora Atlas S.A. São Paulo 2013. p. 11.

MEKEEL KL, Langham MR Jr, Gonzalez-Peralta RP, Hemming AW. **Liver transplantation in very small infants**. *Pediatr Transplant*. 2007;11:66-72.

MIES S. **Transplante de fígado**. *AMB rev. Assoc. Med. Bras*. 1998;44(2):127-34.

MORÁN GONZÁLEZ, Luis. “**De la Bioética al Bioderecho: Libertad, Vida y Muerte**”. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Editorial Dykinson, 2006, p. 267.

MORATO, E. G. **Morte Encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização**. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2009.

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

NEUMANN, J. **Transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Sarvier; 1997. 465p.

NOTHEN, R.R. **A doação de órgãos no cenário da unidade de terapia intensiva**. In: **Programa de atualização em medicina intensiva – Associação de Medicina Intensiva do Brasil**, Porto Alegre: Artmed, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: idéias e autores**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p.251-264, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11/04/2018.

NUNES, **O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana. Doutrina e Jurisprudência**, 2002, p. 46.

OLIVEIRA, Fátima. **Bioética: uma face da cidadania**. 2ª ed. São Paulo: Moderna, 2004.

_____. **Bioética uma face da cidadania**. São Paulo: Moderna, 1997, p.47-69; p. 71-73; p.86-94; p. 101-105; p.115-123.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para alimentação, nutrição, atividade física e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2003.

Paraná tem os melhores índices do Brasil em transplante de órgãos. TN Online, Cotidiano. 03 de abril de 2019. Disponível em:

<<https://tnonline.uol.com.br/noticias/cotidiano/67,475755,03,04,parana-tem-os-melhores-indices-do-brasil-em-transplante-de-orgaos>> Acesso em: 15/04/2019.

PAZ, Elisabete Pimenta Araújo *et al.* **Análise da tendência da mortalidade masculina no Rio de Janeiro: contribuição da enfermagem**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 593-599, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22/03/2019.

PEREIRA, Deise Zalsizeski. **Consentimento post mortem nos transplantes de órgãos e tecidos à luz da lei nº 9.343/1997 e do novo código civil: uma questão jurídica de ponderação de interesses**. Revista de Ciências Humanas (Criciúma): SC, Unesc. v.12, n.1, p. 115-148, jun 2006.

PEREIRA, W.A. **Manual de transplantes de órgãos e Tecidos**. 2. Ed. Medsi: Rio de Janeiro, 2000.

PEREIRA, Walter. A.; FERNANDES, Roni. C.; SOLER, Wangles. V. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. São Paulo, SP: Ed. Companygraf Produções Gráficas e Editora, 2009.

PERI, Francieli; TOMASI, Patrícia Zílio. **Processo de doação, captação e transplante de órgãos: um levantamento dos casos ocorridos no HUST no período de maio/2010 a maio/2011**. Revista UNOESC & Ciência - ACBS, Joaçaba, v. 3, n. 2, p.199-217, jul./dez., 2012.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL. Uma pequena revisão.** 2001. Disponível em:

<[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)> Acesso em: 12/06/2018.

SÁ, Maria de Fátima Freire. **Biodireito e Direito ao Próprio Corpo.** 2ª edição, Revista, atualizada e ampliada, 2003, pp. 56-57.

SANTOS, A. L. **Direitos e dúvidas postos pelas decisões de tratar e de não tratar. In: Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética.** Centro de Estudo de Bioética (CEB): Coimbra; 1998.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SILVA HT, Felipe CR, Filho MA et al. **The emerging role of Brazil in clinical trial conduct for transplantation.** American Journal of Transplantation. v. 11, n. 7, p. 1368-75, jun 2011. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-6143.2011.03564.x>>. Acesso em: 25/04/2018.

SILVA NETO, Manoel Lemes da Silva Neto. **Fatores de Risco para Infecções em Transplante Renal.** Dissertação (Mestrado), Goiás, 2006. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/3051>>. Acesso em: 21/07/2018.

SLAIBI FILHO, Nagib. **Direito Constitucional.** Rio de Janeiro. Forense, 2004, p.67.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional, Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.** São Paulo, Brasil. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 05/02/2018.

SOUZA, Vinicius Cabral Gomes de. **Transplante e Tráfico de Órgãos: Uma Abordagem a luz da Lei Nº 9.434/1997.** 2011. p.8. Disponível em:

<[http://www.fespfaculdades.com.br/painel/uploads/arquivos/Artigo%20Vinicius%20Fesp\(1\).pdf](http://www.fespfaculdades.com.br/painel/uploads/arquivos/Artigo%20Vinicius%20Fesp(1).pdf)> Acesso em: 17/05/2018.

STEINER, Philippe. **A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias**. Tempo Soc., São Paulo, v. 16, n. 2, p. 101-128, Nov. 2004. p. 101. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702004000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19/07/2018.

TILNEY NL. **Transplant: from myth to reality**. Yale University Press: New Haven, 2003.

United Network for Organ Sharing (UNOS). Disponível em: <<https://unos.org/data/>> Acesso em 14/12/2018.

VASCONCELOS MSF, Menezes PA, Menezes JAV *et al.* **O transplante renal no Hospital dos Servidores do Estado – Rio de Janeiro**. Revisão de 380 transplantes. Jornal Brasileiro de Transplantes 1998; 1: 71-83.

WESTPHAL, Glauco Adrieno et al. **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico**. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 255-268, Sept. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a03.pdf>> Acesso em 07/07/2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TCLE DOS COORDENADORES DE TRANSPLANTES

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA COM OS SECRETÁRIOS DA
CIHDOTT

**APÊNDICE A – TCLE DOS COORDENADORES DE TRANSPLANTES
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Título do Projeto: A doação de órgãos no Oeste do Paraná: caracterização das doações e do sistema de transplantes da 9ª e 10ª Regionais de Saúde.

Pesquisadores: Mestranda: Kelen Caroline Lima de Oliveira (45) 9 9944-0410

Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei (45) 9 9980-5480

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo caracterizar o sistema de captação e transplantes de órgãos de dois municípios sede de regional de saúde da região Oeste do Paraná, especificamente, Foz do Iguaçu e Cascavel, e assim contribuir com elementos para a reflexão sobre o sistema de captação de transplante de órgãos e, conseqüentemente, o planejamento de políticas públicas em saúde na região. Esperamos, com este estudo, obter informações sobre perfil dos pacientes transplantados, demanda de transplantes, identificar fatores que dificultam a captação de órgãos e a realização dos transplantes e, conhecer o sistema de transplantes de órgãos. Parte das informações será obtida por meio de entrevista, e os demais dados serão obtidos dos arquivos dos hospitais participantes. Durante a execução da entrevista, procuraremos conduzi-la segundo abordagem adequada, com perguntas claras e objetivas, com total respeito ao entrevistado, evitando qualquer constrangimento. No caso de ocorrer qualquer intercorrência, interromperemos a entrevista para lhe atender segundo suas necessidades. Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você poderá contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou o Comitê de Ética pelo número 3220-3272.

Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue ao sujeito da pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto.**

Assinatura: _____

Nome do sujeito de pesquisa: _____

Eu, **Kelen Caroline Lima de Oliveira**, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante. Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA COM OS SECRETÁRIOS DA CIHDOTT

ENTREVISTA COM O(A) SECRETÁRIO(A) DA CIHDOTT

Nome: _____

Profissão: _____ Sexo: _____

Data da entrevista: _____

Com relação à captação/doação de órgãos:

1. Com a sua experiência como secretário da CIHDOTT, com relação a captação de órgãos, o que funciona e não funciona, no que diz respeito a:
 - a) Materiais;
 - b) Recursos Humanos;
 - c) Financiamento;
 - d) Fluxo;
 - e) Atendimento das Demandas;
2. Na sua visão como secretário, qual o órgão com a maior dificuldade em se realizar a captação? E por qual motivo é tão difícil?
3. Na sua experiência como secretário, existem atrasos na demanda de captação de órgãos?
4. Como acontece a captação de órgãos nesta região?
5. Qual o fluxo de captação/doação de órgãos?
6. Há uma diferença, no que concerne a captação de órgãos, com o tipo de órgão?
7. Desde quando o hospital realiza a captação de órgãos?
8. Como funciona a rede de captação de órgãos?
9. Em sua opinião, a demanda de captação de órgãos é suprida?
10. Em sua opinião, como é o esclarecimento da população com relação a doação de órgãos?
11. É necessária alguma melhoria? Quais?
12. Dentre as perguntas elencadas, existe alguma coisa que gostaria de acrescentar?
13. Recomendaria outra pessoa a ser entrevistada?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
DA UNIOESTE

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
DA UNIOESTE - EMENDA

ANEXO C – AUTORIZAÇÕES DOS HOSPITAIS

ANEXO D – FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A doação de órgãos no Oeste do Paraná: caracterização das doações e do sistema de transplantes da 9ª e 10ª Regionais de Saúde.

Pesquisador: Oscar Kenji Nihei

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80474317.0.0000.0107

Instituição Proponente: hospital universitario do oeste do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.515.662

Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo de natureza quantitativa e qualitativa. Na abordagem quantitativo, serão analisadas os dados de transplantes realizados no período de 2012 a 2017, em Foz do Iguaçu e em Cascavel, visando caracterizar o perfil dos pacientes transplantados, o fluxo das doações e captações de órgãos, e identificar a demanda de transplantes de dois municípios sedes de Regional de Saúde da região Oeste do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

- Caracterizar o sistema de captação e transplantes de órgãos de dois municípios sede de regional de saúde da região Oeste do Paraná.
- Caracterizar o perfil dos pacientes transplantados.
- Caracterizar a demanda de transplantes segundo os tipos de transplantes realizados.
- Identificar aspectos favoráveis, assim como, os dificultadores dos sistemas de transplantes de órgãos.
- Comparar o sistema de transplante de órgãos e coleta de órgãos dos dois municípios sedes de regionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Os riscos serão mínimos, pois trata-se de pesquisa com dados secundários e retrospectivos. direto com nenhum paciente. Não haverá contato direto com pacientes. Além disso,

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Continuação do Parecer: 2.515.662

todos os dados obtidos serão mantidos em sigilo e sob anonimato, sendo utilizados apenas para fins científicos. A entrevista, assim como, seu registro digital, serão realizadas com o prévio consentimento do entrevistado, e as perguntas serão realizadas segundo abordagem adequada, com perguntas claras e objetivas, com total respeito ao entrevistado.

BENEFÍCIOS: A pesquisa proporcionará informações sobre o fluxo dos transplantes de órgãos e a coleta destes, em dois municípios que são sedes de Regionais de Saúde, sendo que um deles é um município de região de fronteira. Desta forma, a pesquisa poderá revelar a realidade da doação de órgãos de modo que poderá ser um elemento importante para reflexão e elaboração de políticas públicas onde se priorize a importância da doação de órgãos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e com mérito científico que atende todos os padrões éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão em conformidade com as normas éticas vigentes.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1020198.pdf	09/02/2018 11:34:39		Aceito
Outros	CV_Lattes_Oscar.pdf	09/02/2018 11:30:40	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	CV_Lattes_Kelen.pdf	09/02/2018 11:30:11	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_cronograma_atualizado.pdf	09/02/2018 11:23:53	Oscar Kenji Nihei	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.pdf	09/02/2018 11:08:29	Oscar Kenji Nihei	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.515.662

Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	28/11/2017 22:05:11	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_pesquisa_HUOP.pdf	28/11/2017 22:01:39	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Termo_Ciencia_Responsavel_Campo_Pesquisa_HUOP.pdf	28/11/2017 22:00:07	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Termo_Ciencia_Responsavel_Campo_Pesquisa_Hospital_Costa_Cavalcante.pdf	28/11/2017 21:59:08	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_uso_de_dados_em_arquivo.pdf	07/11/2017 13:27:25	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_que_a_coleta_de_dados_nao_foi_iniciada.pdf	07/11/2017 13:25:51	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	25/10/2017 11:02:05	Oscar Kenji Nihei	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 27 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A doação de órgãos no Oeste do Paraná: caracterização das doações e do sistema de transplantes da 9ª e 10ª Regionais de Saúde.

Pesquisador: Oscar Kenji Nihei

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80474317.0.0000.0107

Instituição Proponente: hospital universitario do oeste do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.068.164

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Emenda referente ao projeto de pesquisa: A doação de órgãos no Oeste do Paraná: caracterização das doações e do sistema de transplantes da 9ª e 10ª Regionais de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo desta Emenda é informar ao CEP a inclusão do Hospital Municipal Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçu.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Estes serão mínimos, pois trata-se de pesquisa com dados secundários e retrospectivos. Não haverá contato direto com nenhum paciente. Além disso, todos os dados obtidos serão mantidos em sigilo e sob anonimato, sendo utilizados apenas para fins científicos. A entrevista, assim como, seu registro digital, serão realizadas com o prévio consentimento do entrevistado, e as perguntas serão realizadas segundo abordagem adequada, com perguntas claras e objetivas, com total respeito ao entrevistado.

Benefícios

A pesquisa proporcionará informações sobre o fluxo dos transplantes de órgãos e a coleta destes, em dois municípios que são sedes de Regionais de Saúde, sendo que um deles é um município de

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Continuação do Parecer: 3.068.164

região de fronteira. Desta forma, a pesquisa poderá revelar a realidade da doação de órgãos de modo que poderá ser um elemento importante para reflexão e elaboração de políticas públicas onde se priorize a importância da doação de órgãos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ao longo da implementação do estudo, identificou-se a necessidade de inclusão de um novo hospital.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados. As alterações contidas na emenda não acarretam em impedimento ético para continuação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

CEP ciente desta Emenda e alterações contidas nela.

Sem pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIOESTE de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/2012 do CNS e complementares, e pela Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1213786_E1.pdf	22/11/2018 10:02:20		Aceito
Outros	Novo_Carimbo_Termo_Ciencia_Campo_Pesquisa_Hospital_Municipal_Padre_Germano_Mauck.pdf	22/11/2018 10:01:01	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_com_emenda.pdf	03/09/2018 16:36:07	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	CV_Lattes_Oscar.pdf	09/02/2018 11:30:40	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	CV_Lattes_Kelen.pdf	09/02/2018 11:30:11	Oscar Kenji Nihei	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.pdf	09/02/2018 11:08:29	Oscar Kenji Nihei	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.068.164

Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	28/11/2017 22:05:11	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_pesquisa_HUOP.pdf	28/11/2017 22:01:39	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Termo_Ciencia_Responsavel_Campo_Pesquisa_HUOP.pdf	28/11/2017 22:00:07	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Termo_Ciencia_Responsavel_Campo_Pesquisa_Hospital_Costa_Cavalcante.pdf	28/11/2017 21:59:08	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_uso_de_dados_em_arquivo.pdf	07/11/2017 13:27:25	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_que_a_coleta_de_dados_nao_foi_iniciada.pdf	07/11/2017 13:25:51	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	25/10/2017 11:02:05	Oscar Kenji Nihei	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 10 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na
CONEP em 04/08/2000

ANEXO IV

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: A doação de órgãos no Oeste do Paraná: caracterização das doações e do sistema de transplantes da 9ª e 10ª Regionais de Saúde.

Pesquisadore(s): Kelen Caroline Lima de Oliveira e Oscar Kenji Nihei

Local da pesquisa: Hospital Ministro Costa Cavalcanti de Foz do Iguaçu-PR.

Responsável pelo local de realização da pesquisa:

O(s) pesquisador(es) acima identificado(s) está(estão) autorizado(s) a realizar a pesquisa e a coleta dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

Foz do Iguaçu, 17 de novembro de 2017.

Rogério Soares Bohm
Diretor Superintendente

(Nome(s) e assinatura(s) do(s) responsável pelo campo da pesquisa)



Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na
CONEP em 04/08/2000

ANEXO IV

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: A doação de órgãos no Oeste do Paraná: caracterização das doações e do sistema de transplantes da 9ª e 10ª Regionais de Saúde.

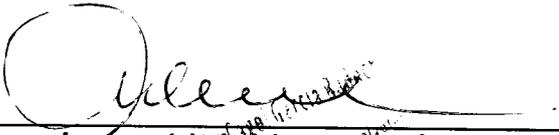
Pesquisadore(s): Kelen Caroline Lima de Oliveira e Oscar Kenji Nihei

Local da pesquisa: Hospital Municipal Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçu-PR

Responsável pelo local de realização da pesquisa:

O(s) pesquisador(es) acima identificado(s) está(estão) autorizado(s) a realizar a pesquisa e a coleta dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

Foz do Iguaçu, 14 de junho de 2018.


(Nome(s) e assinatura(s) do(s) responsável pelo campo da pesquisa)

CRM 9 110
Coordenadora do Núcleo Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos

OPO CASCAVEL CURITIBA LONDRINA MARINGA

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ RGCT: _____ Nº Notificação: _____

HOSPITAL/SERVIÇO

Notificante: _____ Celular (____) _____
Hospital: HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK Fone (____) _____
Município: FOZ DO IGUAÇU UF: PR _____

POTENCIAL DOADOR

Nome: _____
Dt Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Cor: ____ Sexo: ____ Peso: ____ kg Altura: ____ cm
CPF: _____ RG: _____ Estado civil: _____
Responsável: _____ Grau Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone (____) _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Diagnóstico: _____

Evolução Clínica: _____

Doenças Associadas: _____

Descrição	SIM	NAO	Nº Prontuário/Registro:		
			Especificar		
UTI - Adulto			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Pediátrica			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Cardíaca			Data:	Hora:	Leito:
Pronto Socorro			Data:	Hora:	Leito:
Tempo de UTI			Quanto tempo: (dias)		
Intubado			Quanto tempo: (dias)		
Temperatura/Febre			Data:	Temp.máxi.:	Quanto tempo: (dias)
PA	-----	-----	Resultado:	X	
Diurese em 24 hs	-----	-----	Valor:		
Diurese ml/Kg/hora	-----	-----	Valor:		
Sedação			Qual:		
Suspensão			Data:	Hora:	
Uso de heparina			Dose:	Via:	Quanto tempo:
Recebeu Sangue? Hemoderivados			Data:		
Infecção			Local:		
Sepse em atividade					
* Hemocultura Positiva			Data:	Germe Isolado:	
* Parcial de Urina			Data e resultado:		
PCR			Quantas:	Tempo Total:	min
Cardioversão/Desfibrilação cardíaca			Qual:	Quanto tempo:	
Cirurgia(s) previa(s)			Quando:		

Outras intervenções _____

* Enviar laudo para CET-PR

Doador: _ _

RGCT: _____

MEDICAMENTOS/VASOPRESSOR

Tipo	ml/hora	Dosagem da Ampola	Nº de Ampolas	Volume de Soro Glicosado 5%	Início de Uso	Mcg/Kg/min
Noradrenalina						

Tipo	Descrição	Data do Início
Antibiotico1		/ /
Antibiotico2		/ /
Antibiotico3		/ /

EXAMES LABORATORIAIS – data e valores –

Data	Data
HB	TGO
HT	TGP
Leucócitos	Fosf Alc
Bastões	GamaGT
Plaquetas	Bil.Total
Ureia	Bil.Direta
Creatinina	FiO2
Na	Ph
K	PO2
Glicemia	PCO2
CPK	SatO2
CK-MB	Lipase
Amilase	Lactato
PCR	ABO

(enviar laudo para CET-PR)

Creatina de Entrada: _ / _ / _

Valor: _

Gasometria para doação de PULMÃO: Adequar o ventilador mecânico com os parâmetros abaixo, por **10 minutos antes** da coleta da gasometria. PEEP=5 cm H2O / Volume corrente=10-12 ml/Kg ("peso ideal") / FIO2=100% (enviar laudo para CET-PR)

SOROLOGIA

EXAME	RESULTADO	POSITIVO		EXAME	RESULTADO	POSITIVO	
		IgM	IgG			IgM	IgG
CHAGAS				HIV			
Anti-HCV				HTLVI-II			
HBs-Ag				TOXOPLASMOSE			
Anti-HBs				CITOMEGALOVIRUS			
Anti-HBc				SIFILIS			

EXAME COMPLEMENTAR PARA DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA (enviar laudo para CET-PR)

Arteriografia
 Eco Doppler
 Cintilografia
 Eletroencefalograma

OUTROS EXAMES REALIZADOS (enviar laudo para CET-PR)

Tomografia
 RX Tórax
 Ecocardio**
 Cateterismo**
 Ecografia Abdominal ***

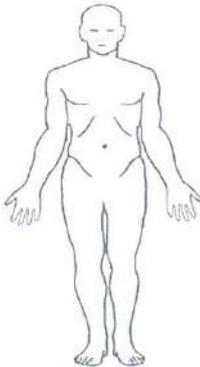
** Todos os doadores de coração - *** IMC>30, Etilismo, TGP>56U/L e TGO>40U/L, Trauma abdominal, > 60 anos

Responsável pela avaliação da hemodiluição	Cargo/Função	Tel	Assinatura

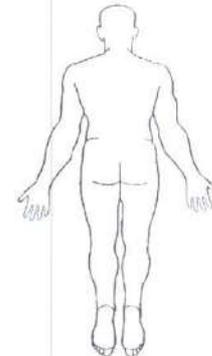
EXAME FÍSICO DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Responsável pela avaliação física:

Nome:	Cargo/Função:	Fone:
Assinatura:	Data:	
Doador:	RGCT:	
Peso:	Altura:	Circunferência torácica:



Colocar os números correspondentes aos achados de exame físico



	Alguma evidência de:	SIM	NÃO	Caso sim, especifique ou informe se impossível visualizar
01	Cicatrizes cirúrgicas/traumáticas anteriores ao evento da captação de órgãos (especificar)			
02	Trauma (crânio, abdominal, tórax...)ou sinais de infecção no local da retirada			
03	Fraturas/Gesso/Aparelhos Ortopédicos			
04	Coloração amarelada de pele, mucosa, esclera			
05	Alterações cutâneas (manchas pigmentadas ou avermelhadas irregulares, espinhas disseminadas, crostas ou feridas abertas, vermelhidão ou sinais de coceira)			
06	"Rash" cutâneo ou petéquias generalizadas			
07	Manchas (avermelhadas, azuis, roxas, marrons, pretas) ou lesões na pele			
08	Hematoma/Lesão/Abrasão/Laceração/Ferida/Ulcera			
09	Tatuagem ou maquiagem definitiva (descrever)			
10	Piercing (descrever)			
11	Marcas de agulha não relacionadas a uso médico (ver se não estão encobertas pelas tatuagens)			
12	Local de entrada de agulhas relacionado ao uso medico.			
13	Tube orotraqueal/Nasogástrico/Sonda Vesical			
14	Flebotomia/intracath (acesso venoso)/acesso arterial			
15	Lesões genitais, e/ou perianais			
16	Fígado aumentado			
17	Nódulos linfáticos aumentados			
18	Placas brancas na boca (monilíase)			
19	Tumorações (aumento de volume, massas, adenopatias)			
20	Achado ocular anormal			
21	Caquexia ou desnutrição			
22	Outras (descrever)			
23	Boa higiene pessoal			

Doador: _____ RGCT: _____

EXAME FÍSICO PARA DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

	OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO		
	Sim	Não	Descrever	Sim	Não	Descrever
Refrigeração tópica						
Pálpebras fechadas						
Cicatriz						
Secreção						
Icterícia						
Edema palpebral						
Pterígio						
Melanoma						
Corpo estranho						
Desidratação						
Infecção ou inflamação						
Trauma						
Doador submetido a cirurgia ocular						
Outros:						

Achado ocular anormal						
Pálpebra superior						
Pálpebra inferior						
Conjuntiva						
Córnea						

Comentários relevantes do examinador

Assinatura do responsável pelo exame físico

HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Nome do Doador:		Data:		
Nome do Entrevistado:		Fone:		
Relação com Doador:				
Nome do Entrevistador:		Cargo/Função:		
Assinatura:		Fone:		
	QUESTIONÁRIO	SIM	NAO	SESIM. ESPECIFICAR
01	Você acha que conheceu o doador suficientemente para responder perguntas pessoais a seu respeito?			
02	Qual a ocupação (trabalho) do doador?			
03	Qual o grau de escolaridade do doador?			
04	O doador era portador de alguma doença? (ex. câncer, tuberculose, hepatite, hipertensão, hemofilia, artralgia, edema articular, hiperemia conjuntiva, diabetes – especificar tipo I ou II) e diabetes em parente de 1º grau?			
05	Teve alguma enfermidade neurológica ou degenerativa? (ex. coreia, miastenia gravis, Creutzfeld-Jacob, panencefalite subaguda esclerosante, encefalite, encefalopatia, esclerose múltipla, Parkinson, Alzheimer)			
06	Foi hospitalizado ou fez algum tratamento de saúde nos últimos dois anos? Qual o motivo?			
07	Tomava algum medicamento regularmente? (ex. imunossupressor, corticosteróides, anti-hipertensivo, antidepressivo, insulina, anticoagulante, outros,....)			
08	Fazia Quimioterapia ou Radioterapia? Há quanto tempo?			
09	Fez tratamento com hormônio de crescimento? E Qual?			
10	Foi submetido a transplante de órgãos ou tecido? Quando?			
11	Esteve exposto ou foi contaminado por algum tipo de substância tóxica nos últimos 12 meses? (cianeto, mercúrio, chumbo, ouro)			
12	Recebeu algum tipo de vacina ou reforço nos últimos 12 meses? Qual? Quando?			
13	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente?			
14	Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques? Se sim, especificar o tempo e local onde fez.			
15	Fazia hemodiálise crônica ou diálise peritonial? Ou seu parceiro sexual? Qual?			
16	Consumia álcool regularmente? Há quanto tempo? Especifique o tipo.			
17	Fumava? Quanto? Há quanto tempo?			
18	Estava perdendo peso, com suores exagerados, febre contínua ou diarreia persistente nos últimos 12 meses? Causa conhecida?			
19	Residiu ou visitou regiões endêmicas de malária? (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Para, Rondônia, Roraima e Tocantins) Quando?			
20	Apresentou sintomas de H1N1, dengue, Zika ou Chikungunya nos últimos 30 dias? (dor e/ou inchaço nas articulações ou vermelhidão nos olhos).			
21	Apresentava alguma doença sexualmente transmissível como sífilis, AIDS...?			
22	Fez uso de drogas injetáveis ou inalatorias ilícitas? Qual? Há quanto tempo?			
23	Aceitava dinheiro em troca de relações sexuais ou tinha relações com quem aceitava?			
24	Tinha muitos parceiros sexuais?			
25	Relacionava-se intimamente com pessoas do mesmo sexo?			
26	Relacionava-se com pessoas portadoras de doenças como hepatite, AIDS, sífilis ou outra infecção transmissível pelo sangue?			

Doador: _____

RGCT: _____

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SESIM, ESPECIFICAR
27	O doador ou seus parceiros sexuais foram detidos nos últimos 12 meses? Por quanto tempo?			
Somente para doadores menores que 5 anos de idade				
28	1. Estava sendo amamentado nos últimos 12 meses? Se sim, coletar sorologia da mãe			
	2. A mãe do doador(a) era portadora ou pertencia a grupo de risco para HIV ou hepatite?			
	3. Vacinas recentes? Quais? (anexar copia da carteira de vacinação).			

DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SESIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença nos olhos? (ex. Catarata, ceratocone, ceratoglobo, retinoblastoma)			
02	Fez alguma cirurgia nos olhos? (ex. cirurgia de miopia, pterígio)			
03	Teve algum trauma nos olhos?			
04	Teve algum tipo de infecção nos olhos? (ex. herpes ocular)			
05	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente ou recebeu vacina para raiva? Quando?			
06	Teve leucemia, linfoma ou algum outro tipo de tumor?			
07	Teve alguma doença viral como rubéola congênita, sarampo, caxumba?			

DOADOR DE CORAÇÃO PARA VALVAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SESIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabete tipo I, outra)			
02	Teve endocardite bacteriana ou fúngica?			
03	Tem Síndrome de Down, Edwards, Patau, Marfan?			
04	Teve doença em alguma das valvas do coração?			
05	Teve miocardiopatia viral?			
06	Fez alguma cirurgia cardíaca prévia?			
07	Tem história de moléstia reumática? Faz uso mensal de Benzetacil?			
08	Teve ferimento cardíaco penetrante?			
09	Fez uso de cateter intracavitário cardíaco?			
10	Teve trauma de tórax?			

DOADOR DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS (OSSOS)

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SESIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabete tipo I, outra)			
02	Fez alguma cirurgia ortopédica prévia ou apresentou alguma fratura?			
03	Foi submetido à biópsia de tumor ósseo?			
04	Teve osteomielite?			

DOADOR DE PELE

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SESIM, ESPECIFICAR
01	É colonizado por germes multirresistentes?			
02				

Comentários relevantes do entrevistador

Assinatura do entrevistador

CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 - 1º Andar - Centro - Curitiba - CEP 80010-180 - Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatram@sesa.pr.gov.br

RELATÓRIO DE RETIRADA DE ORGÃOS

Data: ____ / ____ / ____	RGCT: ____ - ____	Cidade/UF: ____ / ____
Local de Retirada: _____	Coordenador da Sala de Cirurgia: _____	CPF: _____
Doador: _____	ABO: ____	Sorologia: _____
Óbito: _____	Data: ____ / ____ / ____	Hora: _____

Início Cirurgia: ____ / ____ / ____	Clampeamento: ____ / ____ / ____	Término Cirurgia: ____ / ____ / ____
Hora: ____ : ____	Hora: ____ : ____	Hora: ____ : ____

CORAÇÃO

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____

FÍGADO

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____

PÂNCREAS

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____

PULMAO

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____

Direito	Esquerdo

RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS

Data: ____ / ____ / ____ RGCT: ____ - ____
 Local de Retirada: _____ Cidade/UF: _____ / ____
 Doador: _____
 Centro Cirúrgico: () SIM () NÃO
 Coordenador da Sala de Cirurgia: _____ CPF: _____
 Óbito: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____
 Clampeamento (ME): _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

RELATORIO DE RETIRADA DE TECIDO OCULARES

Serviço Responsável pela Retirada: _____
 Nome do Profissional pela Retirada _____ Conselho: _____ Fone: _____
 Encaminhando para BTOC: _____

Data da Retirada	Nº Tecidos/Globo Ocular	Córneas in situ
____ / ____ / ____ Hora: _____		
:		

RELATÓRIO DE RETIRADA DE CORAÇÃO PARA VALVAS

Data e Hora da Retirada: _____
 Serviço Responsável pela Retirada: _____
 01º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____
 02º Cirurgião _____ CRM _____ Fone: _____
 Meio: _____ Fabricante: _____ Lote: _____ Validade: _____
 Embalagem primária: _____ Fabricante: _____ Lote: _____ Validade: _____
 Fio utilizado para lacrar a embalagem primária: _____ Fabricante: _____ Lote: _____ Validade: _____

Captado: Coração () Pericárdio () Vasos () Quais: _____

	SIM	NÃO	Especificar
Pericardite aguda ou crônica			
Ressuscitação cardiopulmonar			
Desfibrilação cardíaca			
Imersão do coração no soro gelado			Data: _____ Hora: _____
Acondicionamento do tecido na caixa térmica			Data: _____ Hora: _____

RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

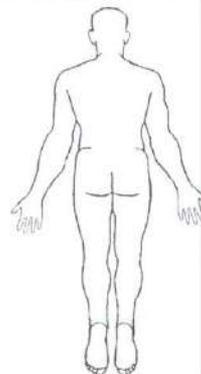
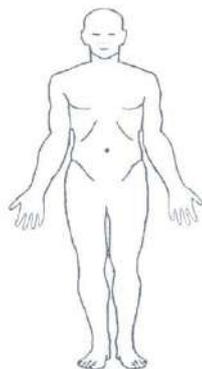
Data e Hora da Retirada: _____
 Serviço Responsável pela Retirada: _____
 01º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____
 02º Cirurgião _____ CRM _____ Fone: _____

TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
ÚMERO			FIBULA			CALOTA CRANIANA		
FÊMUR			TÍBIA			TENDÃO PATELAR		
TALUS			ULNA			HEMIPELVE		
RADIO			CRISTA ILIACA			OUTROS:		

RELATÓRIO DE RETIRADA DE PELE

Doador: _____ RGCT: _____

Profissional do BPH:				Cargo/função:				
Assinatura:				Data: / /		Hora:		
RETIRADA DE PELE:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Pq.:					
Data e Hora da Retirada:								
Serviço Responsável pela Retirada:								
01º Cirurgião:				CRM:		Fone:		
02º Cirurgião:				CRM:		Fone:		
TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
ANTERIOR			POSTERIOR			OUTROS:		
SUPERIOR			SUPERIOR					
INFERIOR			INFERIOR					



Descrição Cirúrgica

Entrega do Corpo para família

Horário: _____ : _____

Responsável: _____