



CENTRO DE ESTUDO SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DÉLIS JOANA LIMA DA SILVA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO E
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE DA LITERATURA.**

Itaituba-PA

2018

DÉLIS JOANA LIMA DA SILVA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO E
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE DA LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues.

Itaituba-PA

2018

DÉLIS JOANA LIMA DA SILVA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO E
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE DA LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Márcio Conceição da Silva, Mestre. Nota: 10

Orientadora: Profa. Rosângela de Aguiar Rodrigues, Especialista. Nota: 10

Avaliador: Prof. Adriano de Aguiar Coutinho, Especialista. Nota: 10

Resultado: Aprovada Média: 10

Itaituba-Pá, 03 de Abril de 2018.

*Agradeço a Deus por ser verdadeiro, justo e fiel!
Pois mesmo eu estando muitas vezes tão
longe de ti meu Deus, tu estive tão perto de mim,
e me carregou no colo quando o cansaço me dominava.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela sua Honra e Glória na minha vida, que me deu forças para lutar é a cada dia um novo amanhecer para reconhecer que sem o seu amor eu não sou meramente nada. Grata pela minha vida, por minha mãe Deuzilene que nunca mediu esforços e está sempre presente nas minhas escolhas, me ensinou a trabalhar desde muito cedo é sou muito grata por isso, me fez tornar independente com visão de águia, no mais muito obrigada mãe!

Grata por meu pai João, minha irmã Danielly que com muito amor e carinho se dedicaram em nos criar com seus princípios e valores é feliz pela minha família e sinto saudades de muitos momentos, apreço por uma família que serve ao Senhor.

Grata pela vida do meu “padrinho e fiador” Carlos Henrique que me apoiou e sempre quis me ver no sucesso, Senhor abençoa o grandemente! Agradeço aos empregos que Deus me deu pela vida dos meus patrões que me sediam folgas com compreensão ao decorrer da Faculdade, obrigada por tudo. Pela vida da Deuzinete que sempre esteve unida a minha família, sei que Deus tem promessas grandes para cumprir no teu lar. Agradeço a minha querida, Neucilene que sempre me falou do amor de Deus, sou totalmente grata e feliz pelas palavras obrigada.

Grata pela vida do meu filho Luis Arthur, Deus ordenou que você viesse para me fazer aprender o verdadeiro sentido da vida carregando todo amor de um servo de Deus, que a cada passo dado em tua vida seja repleto de sabedoria mamãe sempre vai está ao seu lado te amo. E em memoriam do meu avô materno “Luis” lhe foi dado o nome, feliz por você filho, mamãe ama demais.

Agradeço em especial minha orientadora enf. Rosangela com muita compreensão se dedicou em me ensinar e não me fez desistir do meu tema. Aos meus queridos professores durante esses cinco anos de graduação para mim vocês foram os melhores, os mais inteligentíssimos me passaram um conhecimento incrível que Deus possa abençoá-los durante toda a vida de docente de todos.

Grata pelas amizades que fiz que foram o suficiente para mim ter momentos verdadeiros e únicos, grata pelo aprendizado que muitos me trouxeram, ao olhar distinto que a vida nos proporciona que saibamos seguir com sabedoria conforme os planos do Senhor. E em cada passo dado por cada um de nós seja para seguir adiante com força e mansidão é jamais retroceder! Obrigada.

*Apesar da frieza da morte e da escuridão do luto,
Proporcionam para as famílias a oportunidade
Do desabrochar da vida em outras pessoas.
(FERNANDO TOLFO)*

RESUMO

Esta revisão integrativa, objetiva analisar as reflexões acerca da extrema importância do papel do enfermeiro, sendo um dos profissionais de saúde mais atuantes para a realização das etapas de doação e transplantes de órgãos, o mesmo é o responsável pelo paciente doador mantendo o equilíbrio do organismo para garantir a condição do órgão para transplante abonando a efetivação, cogitando as possíveis dúvidas que o paciente receptor unido de seus familiares poderá apresentar, ofertando conforto e apoio psicológico, além de cumprir seu papel de educador diante a sociedade. Realizada através de artigo divulgados no banco de dados da Scielo, Lilacs, Google e Revista Digital. Os critérios de inclusão foram artigos: Divulgados na íntegra em português e nos últimos três anos de publicação de 2014 a 2017. Selecionaram-se dez artigos que foram submetidos à análise de conteúdo. Assim, emergiram três categorias: 1) Desempenho do enfermeiro e suas dificuldades no processo de doação de órgãos, 2) Preparação do profissional de saúde no que tange o processo de abordagem familiar e 3) Dúvidas dos familiares como item do papel do enfermeiro. Torna-se claro a importância e a intensa função do enfermeiro na transplantação de órgãos e tecidos, como o restrito número de publicações sobre o tema e a carência da aquisição do assunto em tela como obrigatoriedade na grade da graduação. Visando às necessidades deste profissional visto que sua apresentação em todas as fases é diferencial, eficaz e colaborativa. Há uma necessidade também de gerar educação popular em saúde sobre o transplante de órgão/tecidos especialmente em doadores com morte encefálica no qual os semelhantes têm dificuldade de lidar e aceitar a dor da perda e sem dados precisos se recusam efetivar a doação. A carência de estudos brasileiros chama a atenção e é um evidente estímulo, para um dos países que mais efetivar-se transplante no mundo.

Palavras-chaves: Autorização familiar. Vida. Dificuldades. Preconceito.

ABSTRACT

This integrative review, aims to analyze the reflections about the extremely important role of the nurse being, one of the most active health professionals to perform the donation and organ transplantation stages, he is responsible for the donor patient maintaining the body's balance to ensure the condition of the organ for transplantation by endorsing considering the possible doubts that the united receiving patient of their relatives may present, offering comfort and psychological support, besides fulfilling their educator's role in society. Made through articles published in the database of Sciello, Lilacs, Google and Digital Magazine. Inclusion Criteria The articles were: Released in full in Portuguese and in the last three years of publication from 2014 to 2017. Ten articles were submitted to the content analysis. Thus, three categories emerged: 1) Performance of nurses and their difficulties in the process of organ donation, 2) Preparation of health professional regarding the family approach process and 3) Doubts of family members as part of the nurse's role. The importance and importance of intensive role of nurses in organ and tissue transplantation, such as the limited number of publications on the subject and the lack of acquisition of the subject as a requirement in the undergraduate grid. Aiming at the needs of this professional since its presentation in all phases is differential, effective and collaborative. There is also a need to generate popular health education about organ/tissue transplantation especially in Death donors. Brains in which peers have difficulty coping and accepting the pain of loss and without accurate data refuse to make the donation. The lack of Brazilian studies catches the eye and is a clear stimulus, with one of the most effective transplant countries in the world.

Keywords: Family authorization. Life. Difficulties. Preconception.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABTO -	Associação brasileira de transplantes de órgãos
AVE -	Acidente vascular encefálico
CET -	Centrais estaduais de transplantes
CFM -	Conselho Federal de Medicina
CEP -	Comitê de ética e pesquisa
CIHDTTO -	Comissão intra-hospitalar de doação transplante de tecidos e órgãos
CNCDO -	Central de notificação captação e distribuição de órgãos
Dr -	Doutor
HBDF -	Hospital de base do Distrito Federal Brasília – DF
HLA -	Antígeno leucocitário humano
LILACS -	Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde
ME -	Morte encefálica
OPOs -	Organização a procura de órgãos
PBE -	Prática baseada em evidências
SAE -	Sistematização da assistência de enfermagem
SCIELLO -	Scientific electronic library online
SNT -	Sistema nacional de transplantes
SUS -	Sistema único de saúde
RBT -	Registro brasileiro de transplantes
TCC -	Trabalho de conclusão de curso
TCE -	Traumatismo craniano encefálico
UTI -	Unidade de terapia intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Desempenho do enfermeiro e suas dificuldades no processo de doação de órgãos. Distribuição dos artigos segundo o título, autor (es), ano de publicação e resultados.....	34
Tabela 2 -	Preparação do profissional de saúde no que tange o processo de abordagem familiar. Distribuição dos artigos segundo o título, autor (es), ano de publicação e resultados.....	38
Tabela 3 -	Dúvidas dos familiares como item do papel do enfermeiro. Distribuição dos artigos segundo o título, autor (es), ano de publicação e resultados.....	40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	HISTÓRICO DA SAÚDE DOS TRANSPLANTES NO BRASIL.....	14
2.2	A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO ACADÊMICA AO PROCESSO DE MORTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	15
2.3	PROCESSO DE DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	17
2.3.1	Morte encefálica.....	19
2.3.2	Abordagem familiar.....	21
2.4	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	23
2.4.1	Políticas de transplantes no Brasil.....	24
2.5	A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS.....	25
2.6	DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	27
3	METODOLOGIA.....	31
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2	INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	32
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	33
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	33
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5	CONCLUSÃO.....	43
	REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem evidentemente vem se identificando como profissão em consecutivo desenvolvimento, na conquista de novos campos e perspectivas, por meio de informação profissional e das novidades tecnológicas, comprovando o enfermeiro como peça principal para que se apresente tanto um possível doador de órgãos quanto à realização da doação.

Os transplantes são considerados como procedimentos de muito valor, exatamente por ser uma alternativa muito eficaz onde garante a quem recebem melhores perspectivas e boas condições de vida, no entanto, o maior empecilho para a realização dos transplantes é a carência de doadores (MARTINS e COSTA, 2014).

Aceitavelmente o que se regulamentar no Brasil está perante a Lei 9.434/97 (BRASIL, 1997) e em 2001, a Lei 10.211/01 (BRASIL, 2001) provendo assim de determinadas modificações definindo que a remoção de órgãos para doação, estar sujeito unicamente da ordem familiar.

Só existem dados primários que destaquem a educação formal a fim de que os familiares enfrentem de outra forma o procedimento de morte e em uma ação de sensibilidade e afeto, passando a oferecer os órgãos de seu ente querido para salvar outra vida.

Devido à importância social que concebe a doação, espera-se que estratégias de esclarecimento sobre a morte encefálica para os profissionais e sociedade possam contribuir para o sucesso daqueles que aguardam na fila por um transplante (DALBEM e CAREGNATO, 2010). A motivação para o estudo aborda dados da bibliografia pertinentes às dificuldades dos profissionais para a captação de órgãos, à falta de conhecimento das pessoas sobre a doação de órgãos e a maneira, que são feitos a abordagem familiar no procedimento da doação.

Ao longo das últimas décadas o número de pessoas dispostas a doarem seus órgãos tem crescido cada vez mais, com toda essa melhora científica e tecnológica dentro do setor, embora não é satisfatório para diminuir a lista de espera de pacientes, sendo necessários novos estudos e novas reflexões que expliquem os fatores que contribuem para essa limitação (BANDEIRA *et al.*, 2014).

Diante dessa situação, nasceu à precisão de fazer uma busca no valor do papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos até o seu transplante no

receptor, pois é ele o elo a equipe, a família, ao doador e ao receptor, e assim a investigação irá prover como uma fonte de subsídios a quem possa interessar.

Constatou-se que o número dos estudos brasileiros sobre essa temática é sucinto e foi abatida, vez que se concentra somente no aspecto de transplantes renais e hepáticos nos quais hoje são os mais efetivados no Brasil.

Almeja-se abranger como se dá a interação dos profissionais da saúde com os familiares, deseja-se que esse trabalho possa ajudar em uma melhor captação sobre a doação de órgãos e estimule a fazerem mais pesquisas relacionadas ao mesmo.

Nesse contexto, a pesquisa buscará respostas para os seguintes questionamentos: Investigar as produções científicas acerca do papel do enfermeiro no transplante de órgãos? Como ocorre o processo da doação de órgãos desde a abordagem familiar? Quais os fatores que impedem o processo de doação de órgãos?

Soma-se a essa problemática a escassa estrutura do sistema de saúde brasileiro, que podemos elucidar com: pacientes doentes em corredores, longo tempo de espera para o atendimento, leitos de Unidade Terapia Intensiva (UTI) insuficientes (FREIRE, 2015).

Para Araújo e Massarollo (2014), no Brasil os principais motivos da não efetivação do transplante de órgãos e tecidos com o doador cadáver são: o desconhecimento do conceito de Morte Encefálica (ME), pela sociedade ou por profissionais de saúde, inadequação da estrutura dos hospitais para a realização do diagnóstico de morte encefálica e a assistência ao potencial doador e recusa familiar dos parentes em liberar a doação.

O enfermeiro possui amplas responsabilidades decorrentes da (ME), necessita-se conhecer os aspectos fisiológicos para um amparo de qualidade, além de avaliar os aspectos éticos e legais, impedindo cometer violações em sua assistência. Mesmo com o progresso considerável da medicina, a carência dos doativos de órgãos por parte da sociedade é o maior impedimento para a efetivação de transplante no país.

As estratégias relacionadas com as habilidades seguidas têm-se alcançado poucas finalidades para sanar as necessidades existentes, desde a primeira etapa do processo, que incide com o diagnóstico da morte encefálica à abordagem a

família enlutada, até a efetivação do transplante em si, que envolve os cuidados a quem vai receber o órgão na unidade hospitalar (VIEIRA e NOGUEIRA, 2016).

Apesar dos avanços, ressalta-se a importância da capacitação de profissionais de saúde abrigados no processo de doação, na procura de ações que possa minimizar a perda do potencial doador, visando assim elevar o número de doações e reduzir o sofrimento de pessoas na fila de espera (AGUIAR *et al.*, 2010).

O processo aliado na formação dos profissionais de saúde no nível de graduação aponta que a temática não foi o suficiente ligado ao grau de profissionais de saúde, no nível da graduação (CICOLO; ROSA e SCHIRMER, 2010).

As implicações citadas acima vêm em acaso da minha experiência enquanto educando do curso de graduação de enfermagem, em apreciar constatou-se que as questões alusivas as doações de órgãos não são vistas na grade curricular, portanto o que poderá acarretar em dificuldades na sistematização de ações de enfermagem sobre esse assunto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRICO DA SAÚDE DOS TRANSPLANTES NO BRASIL

Ao longo de três décadas o histórico dos transplantes evoluiu de uma técnica relativamente arriscada para uma intervenção terapêutica eficaz em pacientes com doenças em estágios finais, esse cenário começou a se transformar, a partir da década de 1970 com a descoberta da ciclosporina remédio usado como imunossupressor que permitiu maior eficácia no controle da rejeição de órgãos transplantados (FERREIRA *et al.*, 2015).

A compreensão aos transplantes vem se referindo desde as Escrituras Sagradas em Gên. 2:21-22 quando narra a remoção da costela de Adão para ofertar a mulher (BÍBLIA, 2013). Após suas observações com animais em 1778, John Hunter sucederam-se várias experiências de transplantes em humanos (FONSECA e CARVALHO, 2005).

Obtido em 1933 o primeiro transplante renal pelo ucraniano Yuri Voronoy, causado devido a uma insuficiência renal crônica, do paciente submetido a um envenenamento de mercúrio, porém não sucedido após a morte do encéfalo as células se edemaciaram, começam a se decompor e morre o encéfalo para de emitir as ordens rotineiras da função dos órgãos de maneira inevitável eles vão cessar também em poucas horas, o rim já não funcionava o que levou o paciente a óbito 48 horas após o procedimento (AZEVEDO, 2015).

O primeiro transplante humano bem-sucedido aconteceu em 1954, nos Estados Unidos da América (EUA), realizado pelo Dr. Joseph e Murray, não havendo rejeição devido à compatibilidade dos pacientes em serem gêmeos idênticos (AZEVEDO, 2015).

No Brasil, a primeira transplantação foi de rim em 1964 em Brasília, que hoje é alusão em todo o Brasil o Hospital de Base (HBDF), o primeiro transplante cardíaco foi realizado em 1968, pelo pioneiro Dr. Christian Bernard (BRASIL, 2013c).

Desde o princípio dos transplantes no Brasil, até agora, houve uma evolução apreciável em termos de práticas, efeitos, grande número de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados em cada país de acordo com suas características, costumes e ética formou-se adequados regulamentos e preparo de doação e transplante de órgãos, que está em constante aperfeiçoamento.

Apresentando efeitos satisfatórios quanto à qualidade de vida do paciente, os transplantes alcançados no Brasil crescem significativamente cerca de 18% ainda

que, somente 30% da questão teórica considerada é atendida, e dezesseis estados em média com 60 milhões de pessoas, não conseguem um procedimento de forma satisfatória, vez que o número de doadores é maior sendo favorecido o de tipagem sanguínea do tipo O (MARTINS e COSTA, 2014).

Nos últimos anos sucedeu-se um avanço no número de transplantes realizados no Brasil, situando-o entre o país que mais se efetivou transplante na rede pública no mundo mediante o Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, somente é efetivado por intermédio público, sendo proibido o setor privado realizar este procedimento (BRASIL, 2015).

2.2 A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO ACADÊMICA DE ENFERMAGEM AO PROCESSO DE MORTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Antigamente a morte era um evento normal no qual os mais íntimos se acalentavam perante essa vinda, tempo de unir a família e manifestar as últimas vontades do ente querido (SILVA e SILVA, 2007).

Ultimamente a aflição da morte incidiu ao mesmo tempo a se acolher-se nos hospitais, bem longe dos familiares, porém acompanhados dos profissionais da saúde havendo mais expectativa passando a ser um local essencial dessa evasão do confronto com a morte.

A hospitalização trouxe vários benefícios para a assistência especializada, além de acarretar novos problemas e criar desafios para o amparo especializado, um deles é a aptidão dos profissionais para batalhar com a morte, vez que essa mudança do morrer em domicílio para o pronto-socorro não foi seguida do necessitado preparo, nem acadêmica, nem pessoal: A morte era oponente a ser combatida, não algo a ser compreendida (MORITZ, 2002).

Mesmo em pouca relação com o óbito, os profissionais não obtêm afastar-se da ligação que os faz perceber uma falha nos seus serviços prestados, para o profissional de saúde um convívio mais prolongado com o paciente que veio a falecer não o capacita (BENEDETTI, 2013).

Diante disso, Silva e Silva (2007) sobressaem que a opinião dada pelos enfermeiros é com facilidade focada na doença e cura, instituindo para o discente uma visão de obrigação de restabelecimento da saúde.

O estudante é habilitado para oferecer cuidados e intervenções apontados à vida e duramente estará disposto a dar os cuidados paliativos, o acadêmico ao

presenciar ocasiões aonde o luto do doente se confirma, tende a afastar-se, é outra condição se enfrenta no caso da morte encefálica e induz a uma provável doação de órgãos, permeada por emoções colidentes da dor do luto assim como a solidariedade (SILVA e SILVA, 2007).

Entendem-se como os profissionais se notam despreparados para passar com a passagem vida/morte e com os cuidados ao paciente terminal desenvolvendo práticas e métodos é importante, mas, em certos momentos, pequenos sinais como um pegar na mão e um admirar afetivo é o que realmente o paciente acredita do profissional, definir sobre como ficará o método de morte do paciente terminal, ouvir atentamente e compreender que estarão submisso com medo, angústias, desafios e com direito a uma morte digna (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

Nota-se a necessidade de diversos estudos que elucidem a real atenção que as instituições de ensino superior em enfermagem têm oferecido quanto ao assunto doação de órgãos e evidenciou que 92% desconheciam a existência da Organização de Procura de Órgãos (OPO), 63% não tem aula sobre o tema doação de órgãos (SILVA e SILVA, 2007).

De acordo com o esboço de Bandeira *et al.* (2014) a concepção na área da saúde é baseada em condições técnicas e teóricas, durante a teoria somente se toca vagamente no contexto, como forma de reprimi-la ou negá-la diante do aluno, evitando a percepção de emoções.

Essa circunstância poderia ser impedida, se no período da graduação os alunos incluíssem afinidade com as matérias sobre morte isso promoveria, um melhor futuro profissional tendo maior supervisão perante certas condições, facilitando as aulas e o entendimento dos alunos abrangendo a morte/morrer amenizando o medo ao ser abordado sobre o assunto ou presenciar mais fixamente períodos em que necessite passar por toda a aflição (BENEDETTI, 2013).

Abrão *et al.* (2013), entende, no entanto, que determinados enfermeiros ou inclusive alguns alunos conseguem desenvolver suas atividades com calma e garantia na aparência a morte ou de sua ameaça, fator que se deposita a partir de uma estabilização biopsicossocial, de forma assertiva e favorável para seu avanço particular e profissional.

Ressalta-se a precisão de debates no ambiente acadêmico da enfermagem a respeito de a morte e os cuidados com pacientes em que a probabilidade de cura clínica não é mais plausível (BANDEIRA *et al.*, 2014).

A maioria dos acadêmicos não tem incluso nas instituições debates que propiciam conseguir conhecimentos sobre doação de órgãos, e só durante o estágio como enfermeiros começam preenchendo essas brechas (REIS e POPOV, 2009).

Junior e Eltink (2011) destacam que as grades curriculares dos cursos de enfermagem, precisam ser adaptadas para que na graduação, o aluno já possa ter noções de opiniões e preconceitos, para que os vinte que inserir-se no mercado de trabalho seja capaz e não se notarem no deserto enfrentando o fato da perda e do luto, diminuindo aflições e desordens, se não há uma formação apropriada nesse sentido, ele acaba resultando de modo impróprio.

Para Dias (2014) docentes e discentes precisam tornar aberto as informação acerca da morte, essas cogitações têm uma deficiência que atrapalha o ensino aprendizagem e tolera que se dissocie como seguimento e complementar do processo de vida, deve-se abordar o que a morte importa daquela perda para os que permanecem, tanto a altura sociocultural, quanto das formas do luto ser habitado pelos parentes e profissionais envolvidos, sem que isso intervenha no cuidado que necessita ser oferecido.

2.3 PROCESSOS DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ORGÃOS

A Morte Encefálica (ME) dar-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde os pacientes com traumatismo craniano, hemorragia intracraniana, lesão isquêmica evoluem, para morte encefálica, essa aprovação é efetivada em duas etapas, a análise clínico e os exames complementares, concretizados por dois cirurgiões distintos que não são membro da equipe de retirada e transplantes de órgãos (PESTANA, 2013).

Ante essa condição, o enfermeiro norteia a equipe de saúde sobre a exatidão de avisar e elucidar aos familiares do provável doador, bem como da abertura dos processos de aprovação de morte encefálica esse cuidado é de sumo valor, pois, muitas vezes, as famílias de doadores só têm conhecimento do diagnóstico de morte encefálica, após sua conclusão, o que evita a aceitação (CICOLO; ROSA e SCHIRMER, 2010).

Nesse caso, é essencial que os familiares compreendam esse conceito e aceitem que a pessoa morreu a agilidade da equipe de saúde no diálogo é essencial para garantir a lucidez e o objetivo da comunicação prestada a essas famílias e apresenta como alvo instituir os familiares do doador, para que o enfermeiro possa

conseguir a entrevista familiar com a intenção de requerer a doação de órgãos e tecidos para transplante (SANTOS; MORAES e MASSAROLLO, 2012).

Outra ocasião de grande valor no processo de doação faz referência a custódia do possível doador em morte encefálica, pelo o qual o cuidado proporcionado tem por fim manter o funcionamento dos órgãos, que demanda dos mesmos cuidados de um paciente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por meio da assistência oferecida intenciona-se proteger vidas ou aperfeiçoar a condição de vida dos que carecem de órgãos e tecidos (MORAES, 2013).

Diante das melhorias que uma transplantação proporciona, a ordem familiar e a notificação da morte encefálica são um dos comprovantes mais importantes no campo atual da saúde (SOUZA; LIRA e MOLA, 2016).

Os exames integrantes comprobatórios mais seguros de morte encefálica, atualmente, são os que provam a integral falta de perfusão sanguínea encefálica, como métodos disponíveis são a angiografia cerebral finalizada, angiografia cerebral radioisotópica, doppler transcraniano, tomografia computadorizada com contraste ou com xenônio, e como análise subsidiária, o eletroencefalograma e o esboço dos possíveis evocados, que precisarão mostrar a lacuna de velocidade elétrica cerebral e o pet scan, que mostrar a ausência de atividade metabólica (SALLUM; ROSSATO e SILVA, 2011).

E indispensável que o profissional responsável pela verificação do processo e o enfermeiro tenham baseamento científico e que participe de educação na saúde só assim conseguirão realizar um exame físico confiável, observando os sinais do mencionado exame, como: atratividade supra-espinal apeia, pupilas paráliticas, carência de imagem corneopalpebral, falta de mecânicos oculovestibulares e ausência de reflexos dos demais pares de nervos intracranianos, implantados no tronco encefálico e fora dele.

O transplante se caracteriza pela retirada de órgãos “vivos” do indivíduo humano, sem vida de um possível doador de morte encefálica, que substituirão os órgãos ineficientes do receptor (LIMA; SILVA e PEREIRA, 2012).

Assim instituíram critérios de aceitação para ampliar o número de possíveis doadores por morte encefálica, sendo aceitos doadores “limítrofes”, que são indivíduos que não possuem critérios ótimos como doadores, mas que são compatíveis com uma sobrevivência de tal maneira no caso do doador como do receptor (BAQUERO; ALBERÚ e ABBUD, 2010).

Desse modo Noronha, Seter e Perini (2012), afirma que não serão aceitos possíveis doadores não identificados ou com causa de morte não esclarecida e diagnosticadas.

Identificando o possível doador com morte encefálica, se tende uma conversa com o médico e com a equipe multiprofissional e esclarecer dúvidas, ensinar e educar, essas são intervenções formidáveis da atuação do enfermeiro quando a procura ativa identifica um paciente com Glashow três solicitam-se ao médico para iniciar o protocolo de morte encefálica, alguns são resistentes em iniciar esse protocolo (SILVA e TELLES, 2012).

Atualmente a remoção de um coração “ainda pulsando”, no entanto clinicamente morto, diminuir o prejuízo de órgãos transplantáveis decorrentes de parada cardíaca, por sua vez tendo seus critérios ressaltantes pela Resolução nº 1.480 do Conselho Federal de Medicina (CFM), segundo protocolos de Harvard (MALUF, 2013).

Vários profissionais estão ligados nesse processo de doação, entre eles, os enfermeiros que se juntam as equipes transplantadoras e as organizações de procura de órgãos e fazem acontecer diversas das atividades definidas na resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 292/2004, adentrem elas a de comunicar as Centrais de Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO) da existência de possíveis doadores, conversar com o familiar responsável e dedicar-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao receptor (COFEN, 2004).

2.3.1 Morte Encefálica

Há vários períodos, as funções cardíacas e pulmonares eram distintas como básica para sobreviver, ultimamente, essa opinião para morte não está restrito a esse fato, já que há uma possibilidade de continuação das funções vitais até mesmo sem a agilidade do encéfalo, baseados em critérios rigorosos, a morte passou a ser o que se segue quanto morte encefálica (FREIRE *et al.*, 2012).

Partindo do desígnio acima, Feliú (2009) fala que a rejeição da morte de pessoas próximas advém de modo lento, o envolvimento com a pessoa morta, como se também pudesse ser viva, e as emoções de comoção e negação prosseguem entre os familiares até que exista o consentimento e a superação do luto.

A Morte Encefálica (ME) se tornou uma condição eficaz na efetivação do transplante de órgãos, sendo imprescindível seu conceito é distinto pela parada

absoluta e permanente das funções cerebrais, aceitando apenas as funções cardíacas com a ajuda de aparelhos, ocasionando, a morte clínica (NORONHA; SETER e PERINI, 2012).

Os profissionais intensivistas em peculiar os médicos e enfermeiros responsáveis pela manutenção do paciente, além de competentes, informados, treinados e habilitados é que compreendam o processo fisiopatológico da morte encefálica e suas repercussões clínicas para uma assistência apropriada ao possível doador de doação de órgãos (FREIRE, 2015).

A maior parte das mortes com possível doação de órgãos acontece na (UTI), à complexidade terapêutica demanda preparação pessoal e constante da equipe de profissionais de saúde envolvida no cuidado do paciente e diariamente, o enfermeiro é desafiado a prover auxílio com qualidade aos pacientes e familiares (MENDES *et al.*, 2012).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) de nº 1480/97, dirige como doador morto o paciente em morte encefálica, na maioria das vezes, gerada por Traumatismo Craniano Encefálico (TCE) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE) confirmando a morte encefálica, deverá ser anotada em prontuário, afirmação de morte e autorização familiar, a efetivação de órgãos é efetivada em um dos cinco hospitais habilitado pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) (BRASIL, 2014).

O possível doador de órgãos se apresenta em Morte Encefálica (ME), com escala de Glasgow três, pupilas isocóricas sem fotorreagência e coma, após sua notificação na central de transplantes como um potencial doador, após a confirmação da morte encefálica, guiados pelo protocolo de (ME) confirmados por exames de imagem ou gráficos, o paciente é chamado de doador elegível se, um órgão é retirado, o paciente passa a doador efetivo/real, e se forem transplantados, passará a doador de órgãos implantados (MARTINI; FERNANDES e MARTINS, 2008).

Quando há um doador ativo, as Centrais Estaduais de Transplantes (CET) e informadas, sendo as únicas com acesso aos registros técnicos dos indivíduos que aguardam na fila por um órgão, compete destacar que não é somente a ordem da lista que aprovara o transplante, o receptor será selecionado por compatibilidade com o doador, que será decidida por análises clínicas, o fato das centrais estaduais controlarem todo o processo é com a intenção de coibir o comércio ilegal de órgãos.

2.3.2 Abordagem Familiar

A abordagem familiar é determinada como uma reunião entre os familiares do possível doador e um ou mais profissionais do grupo de captação, ou outro profissional habilitado, a fim de conseguir a aceitação à doação.

Em nosso país, a lei N° 10.211 de 23 de março de 2001, em sua cláusula 4° estabelece que a remoção de órgãos e tecidos de pessoas falecidas para fins de transplante, só acontecerá, mediante a autorização da família, sendo firmadas em documento assinado por ambas as testemunhas no momento da constatação do óbito (BRASIL, 2006b).

Inicialmente, o cirurgião intensivista confirma a família a respeito do diagnóstico de morte cerebral sua definição, causa e efeito, admitindo que ela propague suas suspeitas, explicando-as, em seguida, uma nova equipe, que não fez parte do conjunto de ações do tratamento clínico do paciente, faz o pedido de doação (VIEIRA e NOGUEIRA, 2016).

A entrevista da família precisará ser feita por um profissional habilitado para tal, seja ele médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, desde que esse profissional não faça parte da equipe que recebeu o paciente durante sua internação hospitalar (RECH; RODRIGUES e ÉDISON, 2007a).

O encontro deve ser realizado em local apropriado, longe do doador, com total comodidade onde à família se sinta segura, acolhida, acatada, informada e esclarecida a respeito de todo o método de doação e suas decorrências, para que se possa receber uma decisão com lógica, todas as informações devem ser fornecidas de forma clara e prática, antes de adentrar na delicada solicitação da doação de órgãos para transplantes (BARROS e LEONARDO, 2008).

Conforme as meditações de Barros e Leonardo (2008) a família pode revelar de imediato, ou solicitar um tempo para falar, ou consultar diferentes pessoas do convívio do doador, quando a família é desfavorável à doação, os motivos da desistência são expostos ao profissional do comitê intra-hospitalar e o fato é finalizado junto a Central de Notificação Captação Distribuição de Órgãos (CNCDO).

Todas as etapas do processo de doação e seus andamentos devem ser explicados com exatidão à família do doador e deverá ser esclarecida da possibilidade de alguns órgãos não poderem ser doados quanto à decisão de doar pode ser anulada a algum momento, até depois a assinatura do termo de aceitação (RECH; RODRIGUES e ÉDISON, 2007a).

Floden e Foresberg (2009) destacaram que há dificuldade para lidar com apoio psicológico apropriado para a família e, ao mesmo tempo, levantar o ponto da idéia da doação de órgãos. Hart; Konh e Halpern (2012), ao realizar uma investigação sobre o tema relatou que, aproximadamente um terço dos prestadores de cuidado críticos e paliativos, não fora formalmente educado para o processo de doação.

Indagações segundo Cajado, (2011) revelam que a decisão da negação familiar é justificada a partir dos subsídios a seguir: (1) dificuldades de captar sobre a morte encefálica, distinta por coma aperceptivo, com deficiência de retorno motora supra espinhal e apneia (Resolução 1.480 – CFM/97); (2) inadequada forma de condução da abordagem familiar; (3) religiões culturais e abadia; (4) falha no conhecimento da população sobre o assunto; (5) desconhecimento sobre a vontade do paciente em vida; (6) suspeita sobre a importância do método; (7) apreensão com a imagem do corpo; (8) insatisfação durante o amparo hospitalar.

Durante o procedimento da abordagem familiar, os responsáveis legais pai, mãe, filho ou cônjuge podem revelar-se contra a doação, o que será obrigatoriamente acatado pelos profissionais de saúde.

Há uma fila única, nacional, montada conforme a emergência dos pacientes correspondendo, no entanto, a critérios regionais isso diz que, se um órgão está disponível no Mato Grosso, um modelo procura-se doadores do próprio estado e em arredores, se não for localizado um potencial receptor nesses perímetros, o órgão tornar-se disponível para pacientes da lista nacional.

Conforme os dados da Organização a Procura de Órgãos (OPO), a fila de espera por rins habitua ser a mais extensa, pois os pacientes têm um período de sobrevida maior, através das sessões de hemodiálise, em outra situação, tem os casos em que o enfermo precisa de um coração ou pulmão novo, fato esse que se a pessoa não conseguir um transplante em tempo possa não resistir.

As informações, mais uma vez, e a chave para mudar essa realidade, fato esse revela, que pessoas na fila de espera iram morrer aguardando um órgão que alguém não doou porque não teve informação necessária para decidir sobre a doação, quanto mais consciência, apreço e dedicação, mais oportunidades têm de salvar os outros a vida tem de prosseguir.

2.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A publicação no Brasil da Lei nº 5.479/68, que regulamenta a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáveres para fins terapêuticos e científicos decorre formando aspectos éticos e legais sobre o transplante e a doação (CICOLO; ROSA e SCHIRMER, 2010).

O Brasil obtém do maior instrumento público de transplantes do Sistema Único de Saúde (SUS) acolhendo à população de forma integralizada, até mesmo financiando procedimentos de alta complexidade, através do (SUS) como é o fato dos transplantes de órgãos.

Em junho de 1997 resultou no Decreto de Lei nº. 2.268, que regulamentou o Ministério da Saúde em amparar o Sistema Nacional de Transplante (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), e do governamental como as Centrais Estaduais de Transplantes (CET), que instituiu a forma de distribuir os órgãos e tecidos mediante a lista de espera (SANTOS, 2009).

A rede brasileira (BRASIL, 2015) conta com vinte e sete (CNCDO), essas centrais de transplantes ficam em todos os estados, com 510 núcleos transplantadores e 1.113 quadros de profissionais para captação de órgãos para transplantes e setenta Organização a Procura de Órgão (OPO).

Formando pela política nacional da saúde fundada pela compleição de 1988 regulamentada pelos códigos (8080/90 e 8142/90) esse sistema público de saúde compensa mais de 95% dos transplantes efetivados no Brasil, do mesmo modo, subsidiando parte dos remédios imunossupressores indicados aos pacientes transplantados. Cuja efetivação é a participação da sociedade civil e o bem-estar como vez de todos e comprometimento do estado, um princípio ímpar no mundo que garante acesso integral, universal e igualitário.

O (SUS) proporciona diferentes tarefas de atenção à saúde, sendo que estas ocupações precisam se complemento constituindo um circuito complexo de vasta facilidade de elevação em todos os seus alvos. Atenção Básica, segundo (BRASIL, 2007, p.16):

[...] a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde {...}. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e participação social.

2.4.1 Políticas de Transplantes no Brasil

Por meio da Resolução 1.480/974 o Conselho Federal de Medicina (COFEM) estabelece diretrizes para a política nacional de doação e transplantes que organiza uma técnica que se raciona em: detecção, avaliação e mantimento do potencial doador, análise de Morte Encefálica (ME), aceitação familiar ou negação, documentação de (ME), retirada e distribuição de órgãos e tecidos, transplantação e acompanhar efeitos (CFM, 1997).

A alteração na sociedade brasileira sobre transplantes e doação de órgãos intensificou-se a partir da Lei n. 2.268, de 30 de junho de 1997, que ajustou a Lei n. 9.434, a qual prepara e define desde a assessoria central às disposições finais sobre a retirada de órgãos e tecidos do indivíduo para transplantar (STANCIOLI, 2011).

O decreto de nº 10.211 sofreu alteração e eliminou decisivamente a doação presumida no Brasil, onde se tinha que, se o sujeito quisesse doar seus órgãos, necessitava-se registrar sua expressão (doador de órgãos e tecidos), caso contrário (não doador de órgãos e tecidos) em algum documento de identificação.

Estabelecendo atualmente que, para ser doador após morte seja necessária a autorização familiar, essa mudança fez com que o código se adaptasse à realidade cultural, moral e social da sociedade brasileira.

A política dos transplantes tem-se trabalhado em nosso país nos últimos anos visando gerar resultados positivos, colocando em regra a necessidade de conscientização da sociedade para que haja um avanço significativo no número de doações (NOTHEN, 2006).

Desde que, toda ação de generosidade seja adequada à lei, a moral e os bons costumes se tornando essenciais não abusando da sua finalidade, este ato é compreendido como um gesto altruísta, respeitados os limites da medicina e das normas, dispor do próprio corpo em benfeitoria de outrem afastando toda e nenhuma probabilidade de ordem econômica, sendo este o princípio basilar da doação de órgãos (DIAS, 2014).

No 5º artigo da Carta Magna apoiar-se aos direitos e valores de individualidade mais expressivos garantindo, o direito à vida, à equidade e o livre-arbítrio. A transplantação de órgãos está fortemente ligada ao direito à vida, ao corpo, à integridade física do direito ao morto, definitivamente se torna proibida o comercio ilegal de órgãos, tecidos ou partes do corpo com a finalidade de transação comercial (FERNANDES; BITTENCOURT e BOIN, 2014).

2.5 A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Neste processo o enfermeiro vai à busca de prováveis doadores na assimilação na prestação de assistência sistematizada, propor manter os órgãos em condições para serem transplantados com sucesso, assim como um amparo ao receptor durante o período de internação e após, já que precisara de acompanhamento médico por toda a existência.

O desempenho do enfermeiro destaca-se de dois tipos: o clínico promover os cuidados de enfermagem a possíveis doadores vivos e falecidos, receptores e seus familiares; e o coordenador gerenciar as diferentes etapas que compõem o andamento transoperatório, além de promover o cuidado a doador e receptor quando necessário (MOURA e SILVA, 2014).

A (OPO) é uma organização que busca órgãos de forma ativa procurando prováveis doadores com desígnio de diminuir a fila de espera, buscando um aviso espontâneo do setor ligado à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOOT), estando a frente para preparar essa tarefa capacitando e entrevistando junto aos artifícios que o processo pede, devido à temeridade de pena jurídica (VIEIRA e NOGUEIRA, 2016).

Prontamente o familiar deve acompanhar todo o processo, iniciando com a internação, seguido dos exames que provaram a morte encefálica e o mais importante uma abordagem pelos profissionais de forma transparente, facilitando assim a decisão positiva dos familiares, vez que o consentimento familiar é a maior restrição no sucesso de transplantes de órgãos (BRYCE, 2005).

Mediante esta situação, o enfermeiro deve ter um vasto conhecimento às variações fisiopatológicas próprias da morte encefálica permitindo o reconhecimento precoce para que junto à equipe, possa administrar os cuidados e atuar adequadamente no manejo do possível doador, conservando os órgãos viáveis para o transplante (GOTARDO e GALVÃO, 2009).

Ao abordar os cuidados intensivos para a manutenção do potencial doador sendo um dos integrantes indispensável para realização do controle da monitoração hemodinâmica e a repercussão vinda da reposição volêmica e do uso de remédios vasoativas (FREIRE *et al.*, 2012).

Todas essas técnicas de cuidados tendem causar a viabilidade para o transplante, sendo essencial as manutenções clínicas e endocrinometabólicas, para

permitir um natural equilíbrio hemodinâmico, estabilização de oxigenação, balanço hidroeletrólítico, temperatura corporal, inspeção de casuais infecções hospitalares e ventilação mecânica em pacientes com possibilidade de doação de órgãos respiratórios fisiologicamente saudáveis (BECKER *et al.*, 2014).

A variação da temperatura corporal do possível doador é um fator importante e necessário à verificação de duas em duas horas, uma atuação principal em procedimentos de enfermagem essa monitoração é de grande valor, por se um apontador precoce da hipotermia (MENDONÇA; CASTRO e BRASILEIRO, 2010)

Uma falha na informação traz a família uma expectativa na recuperação do quadro clínico, o caso do indivíduo está quente e do coração continuar pulsando, confundi a concepção da morte encefálica, sendo vestígio de que a pessoa possa estar viva mesmo com as comprovações diagnosticadas (CINQUE e BIANCHI, 2010).

Por isto, após a apresentação do diagnóstico de Morte Encefálica (ME), com a obtenção da aceitação familiar para doação, todos os esforços devem ser efetivados para o transplante, mesmo com as grandes diversidades de medidas terapêuticas adotadas e até no próprio centro impede o uso das melhores práticas catalogadas à conservação do falecido doador (WESTPHAL *et al.*, 2011).

É realizado avaliações e exames para impedir contraindicação física e emocional, confere-se o grupo sanguíneo, realiza a prova cruzada avaliando se existem anticorpos no receptor versus os antígenos do doador, podendo ocasionar rejeição imediata, também examina a compatibilidade (HLA) que ajudará a decidir a similaridade entre os dois (JACKSON; LUCAS e MELANCON, 2011).

Necessita-se ficar cauteloso à avaliação psicológica do receptor, podendo apresentar confusões emocionais que envolvem o seu cotidiano, como o sentimento ambíguo, como ansiedade e expectativa ao retorno da normalidade de sua vida após o transplante e por outro lado, a culpa, pois vêem que alguém teve que morrer para ele continuar a viver (FERREIRA *et al.*, 2015).

A enfermagem também cultiva o paciente na alta hospitalar, a fim de impedir rejeição lenta do órgão, complicações por contaminações, seriedade quanto ao uso adequado das drogas imunossupressoras, isolamento protetor e precaução a qualquer sinal de infecção (BROWN, 2010). O acolhimento deve ser oferecido, de modo especial, pelas equipes que agem com os cuidados paliativos (PALMEIRA; SCORSOLINI e PERES, 2011).

Para que se atinja esta conduta, é imprescindível um preparo prévio, o que promoverá um provável doador de órgãos e esse preparo se faz através da educação e saúde, envolvendo profissionais, garantindo caráter na sua técnica futura e para os que já atuam na área, apresentando programas de educação para que então possam desenvolver ações educativas junto à população (MORAES e MASSAROLLO, 2009).

Estas indagações, quando levantadas pelos profissionais, tornam-se anexo ao meditar que a morte pode ser envolvida como um fracasso é sucinto pensar as entraves dos profissionais, a equipe reconhece certa incerteza e despreparo para sofrer com essa situação quando se trata da delicadeza da Morte Encefálica (ME) (GUIDO *et al.*, 2009).

Imprescindível se faz que o enfermeiro constitua um vínculo humanístico com a família enlutada, oferecendo-lhe ajuda psicológica, informações verdadeiras e práticas sobre a morte encefálica, vigiando a apreensão da família na condição atual e ajudando na tomada de decisão da doação de órgãos (FELIÚ, 2009).

O fato da prestação do subsídio à família e ao paciente se faz com profissionais que se encontram preparados, na questão do conhecimento, emoções e ocasião, o acontecimento da família se notar amparada durante o período de efetuação do protocolo de morte encefálica, por um quadro tecnicamente habilitado, até mesmo, para informar péssimas notícias e acolher afeições e emoções perante o desgosto da perda de um ente querido, com isso ampara a continuação do processo de captação de órgãos (CINQUE e BIANCHI, 2010).

2.6 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Para dar início ao processo de doações e transplantes é necessário encontrar-se com a morte, a qual é temida pelo ser humano essa questão torna-se relevante quando a morte se reflete como um fracasso, demonstrando a inconformidade e os percalços do profissional da saúde, com a perda de um ente querido o profissional é alvo da indignação dos familiares (SILVA e SILVA, 2007).

A fila de espera por um órgão chega há cinco anos, o assunto não é um fato separado, um terço das famílias ainda renuncia a doação de órgãos, por mais que o número de doações tenha crescido, porém não o suficiente para diminuir cabendo uma reflexão dos motivos que impedem esse processo (ROCHA, 2010).

Mas assegura que há uma disposição a aceitarem a doação, quando bem informados referente os procedimentos adotados quanto à morte encefálica e da intenção de um doador (CONCEIÇÃO, 2005).

Subsídios do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) apontam que a maior dano causador ainda é a negativa ordem familiar, das 7.669 notificações de possíveis doadores em 2016, 4.490 derivaram em entrevistas com a família, o outro motivo foi a contraindicação médica, além dos prejuízos por parada cardíaca no doador e outras causas ligadas a problemas logísticos (BRASIL, 2014).

A notificação é efetivada através de ligação telefônica à (CNCDO) pelos profissionais do hospital ou da (UTI); então, a central repassa à notícia a (OPO) e o nome do hospital que comunicou o possível doador, fazem o contato onde se encontra internado para conseguir os seguintes dados: idade, categorias hemodinâmicas, causa da morte e horário do diagnóstico de morte encefálica, lembrando que esse processo é realizado pelo médico responsável (LIRA, 2012).

Aproximadamente um terço dos pacientes falecem enquanto espera um órgão, o inadequado número de donativos não é aplicado simplesmente à falta de doadores, mas ainda à dificuldade de modificar possíveis doadores mortos em doadores legítimos (VIEIRA e NOGUEIRA, 2016).

Comumente os familiares só têm entendimento da existência da Morte Encefálica (ME) quando um ente dar-se tal diagnóstico, devido a uma lesão cerebral, que interrompe as funções do cérebro com um paciente visivelmente vivo, o desconhecido é enigmático sendo a morte conhecida como a parada irreversível das funções cardíaca e respiratória, o que leva a resistência da população (SANTOS e MASSAROLLO, 2005).

O dano a integridade física temendo a desfiguração do ente querido faz com que a família vide a doação igual uma deformação e não quanto um procedimento cirúrgico, os familiares que rejeitam a doação não aceitam que o falecido seja reprimido a isso, discernir além de uma pessoa morta é um meio de favorecer outras pessoas em condições de alto risco de morte (MORAES e MASSAROLLO, 2009).

Ao depara-se com o sofrimento provocado por uma perda, e ao solicitar a doação, sentir um conflito interno manifestado pelo choque de respeitar a dor da família e a necessidade de solicitar a doação, o acompanhamento deve ser oferecido pelas equipes que agem com os cuidados paliativos por mais grave que

seja a situação do indivíduo, alimentam esperanças pela recuperação e cura (PALMEIRA; SCORSOLINI e PERES, 2011).

Tem-se como alvo orientar, habilitar e capacitar os profissionais para agirem do modo apropriado junto ao possível doador e seus familiares, de forma a realizar-se a doação de órgãos, prepararem esse profissional para conduzir uma entrevista familiar na ocasião de grande perda e dor, que advêm aos familiares cheios de emoções, e a falha no amparo ou a má comunicação entre equipe e familiares podem botar tudo a perder (MEYER; BJORK e EIDE, 2011).

Outra questão crítica é o mantimento do potencial doador as técnicas também demandam serem feita de forma exata e sistematizada em relação à conservação do possível doador, existe certa oposição, quem sabe até certa superstição do grupo em dar cuidado a uma pessoa já falecido, não estamos meramente manejando um defunto, mas garantindo qualidades clínicas ao possível doador de órgãos e salvar pessoas que precisam desses órgãos para continuar a viver ou melhorar sua condição de vida (FERNANDES; BITTENCOURT e BOIN, 2015).

É formidável que o intensivista perceba que não necessite contraindicar de modo impulsivo fatos que não cobrem contraindicações total, não há taxa de idade para ser doador da maioria dos órgãos, do mesmo modo doadores com sangue positivo para vírus da hepatite B ou C os mesmo podem ser doados para portadores desses vírus, ainda que não seja fato brasileiro (não há norma técnica para tal), a notícia motiva e garante contraindicações que podem rejeitar órgãos em boas condições (RIBEIRO e FORTES, 2014).

Desde a retirada dos órgãos, a condução até ao local que será transplantado no receptor ocorre fatores que influenciam negativamente sob a pressão da emergência, a forma inadequada de armazenar os órgãos em caixas térmicas sujeitas a contaminações e variações de temperatura sem controle do termômetro para serem transportados a outros estados (AGOSTINHO; MONTEIR e LIMA, 2015).

Ferrazzo (2011) averiguou que no Brasil têm poucos estudos que pautam a crença religiosa à doação de órgãos, na maior parte dos mitos, corpo e alma estão conectados e a retirada de órgãos pode causar danos à alma e problemas com o destino espiritual.

Um evento periódico é identificar um possível doador sem equipe médica para captação, é indispensável à equipe de outro Hospital se deslocar para ir capturar o órgão, há ocasiões em que a equipe médica não está disponível no momento, ou a

distância é inviável, o condicionamento prolongado causa isquemia, já que a vida dos órgãos é de poucas horas e a doação pode chegar a ser anulada (AGOSTINHO; MONTEIR e LIMA, 2015).

De acordo com dados da (ABTO), há uma má distribuição dos grupos que efetivar-se transplante pelo Brasil podendo ser uma das réplicas a esta dificuldade há uma centralização de mão de obra no Sul e Sudeste e quase nem um ou nenhum no Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

O Ministério da Saúde têm um acordo de cooperação técnica, para a realização dos transplantes é imperativa a logística aérea, terrestre, comercial ou militar em alguns estados do Brasil (BRASIL, 2014).

A carência de órgãos é atribuída à desinformação do conhecimento da população quanto às falhas do Sistema Único de Saúde (SUS) no método de captação de órgãos, o empurrão para se ter efetivado um transplante de órgãos é abater a negação familiar quando guiados a respeito da importância da morte encefálica e da intenção humanística do doador.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa acerca da função do papel do enfermeiro no método de transplantação e doação de órgãos.

Revisão integrativa é uma técnica de pesquisa usada desde 1980, na área da Prática Baseada em Evidências (PBE), que abrange a sistemática e publicação das decorrências de uma investigação de saúde literária, para que possam ser favoráveis no amparo à saúde destacando esse valor na prática hospitalar.

A principal finalidade da revisão integrativa é a uniformidade entre a investigação científica e a técnica profissional no setor da atuação profissional.

Com isso, a revisão integrativa dar-se aos profissionais de saúde subsídios ressaltantes de certo assunto, em distintos lugares e ocasiões, sustentando-os atualizados e promovendo as alterações no exercício clínico como decorrência da pesquisa (MENDES, 2008).

"A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos" (MENDES, 2008).

A revisão integrativa incide em seis passos, que foram adotados para elaboração:

a) Primeiro passo: Seleção do tema de investigação para preparação da revisão integrativa.

Nessa fase, buscou-se a acepção, de forma clara e exclusiva, a partir de uma informação teórica prévio de uma dificuldade e a formulação de um assunto que ofereça grande valor para a saúde e Enfermagem.

b) Segundo passo: Constituir meios para inclusão e exclusão de busca na literatura.

Nesta fase, dar-se início a investigação nas bases de dados para identificar os estudos que foram incluídos, revisando critérios e materiais de inclusão/exclusão do que fora selecionado.

c) Terceiro passo: Demarcar as informações a serem retiradas dos estudos escolhidos, categorização dos estudos.

Nesta fase, os títulos foram identificados e reunidos de modo sucintos, formando um banco de informações de fácil acesso e manejo, conforme as seguintes distinções: título, criador (es), periódico de publicação e resultados.

d) Quarto passo: Estimativa dos estudos contidos na revisão integrativa foi efetivada de forma crítica.

e) Quinto passo: Corresponde à etapa da discussão dos fundamentais resultados da análise dos estudos selecionados e explanação dos resultados.

f) Sexto passo: Exposição da síntese do conhecimento abrange dados satisfatórios que consintam avaliar a relação dos processos empregados na preparação, os aspectos referentes ao tema abordado e ao detalhamento dos mesmos.

3.2 INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta de dados ocorreu dentre os meses de março a julho de 2017, foram usados itens disponíveis eletronicamente na íntegra, através dos bancos de dados: (Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ScientificElectronic Library Online (SCIELO), Google e Revista Digital.

Os pontos de inclusão das investigações, consistir em: Itens originais com resumos disponíveis, divulgados entre os anos de 2014 a 2017, no idioma português que focassem aspectos pertinentes ao tema sugerido. Foram excluídos artigos duplicados, editoriais, cartas ao editor, informativos epidemiológicos e tópicos de livros.

O presente estudo obteve um total de 87 artigos, dos quais foram escolhidos aleatoriamente, destes 40 foram selecionado para uma leitura minuciosa, mas apenas 10 serviram para construção do (TCC).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

“Para a procura dos subitens estiveram usados os seguintes descritores em saúde: “dificuldades”, “doação de órgãos”, “atuação do enfermeiro”, “abordagem familiar” e “educação em saúde”.

Na elaboração formularam-se três categorias: Quais as evidências disponíveis na literatura científica em relação ao desempenho do enfermeiro e suas dificuldades no processo de doação de órgãos, preparação do profissional de saúde

no que tange o processo de abordagem familiar e dúvidas dos familiares como item do papel do enfermeiro.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Estiveram efetivadas a leitura dos títulos e das sínteses sendo empregado a técnica da análise de conteúdo para organização e compreensão dos dados. A partir de leituras consecutivas destes, atemoriza o registro que constituíram categorias temáticas a serem analisadas e debatidas à bibliografia relacionada ao assunto.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram quantificados através do método de tabulação de tabelas, mediante a utilização do programa Word (Microsoft Word, 2010).

O embasamento de Minayo (2004) refere-se que existem quatro desígnios para esta etapa: constituir uma compreensão dos elementos colhidos, aprovar ou não as teorias da pesquisa, expandir o conhecimento sobre o tema estudado, articulando-o a situação cultural de que faz parte.

Todos os questionamentos levantados foram feitos através de leitura analítica, onde as idéias foram relacionadas com os de autores diferentes, no intuito de promover uma discussão pro ou contra a determinada colocação para responder ao problema da pesquisa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de revisão integrativa, todos os autores que foram utilizados nesta pesquisa estão minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei de direitos autorais. Este estudo não será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por ser tratar de uma revisão integrativa.

Foram esclarecidas as condições da pesquisa e diante do exposto ficou claro o objetivo do trabalho, sendo informado que os dados obtidos seriam somente para a pesquisa, e as informações, não trará nenhum risco ou prejuízo, ficando guardado somente com a pesquisadora. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 10 estudos conforme os critérios de inclusão mencionados anteriormente, sendo estes distribuídos em tabelas com dados relevantes à seleção, seguidos da sinopse dos mesmos para melhor entendimento. Na tabela 01 encontram-se os estudos considerando suas referentes distinções: título, criador (es), periódico de publicação e resultados.

Tabela 01 - Desempenho do enfermeiro e suas dificuldades no processo de doação de órgãos. Distribuição dos artigos segundo o título, autor (es), ano de publicação e resultados.

TÍTULO	Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.
AUTOR (ES)	Edvaldo Leal de Moraes; Marcelo José dos Santos; Miriam Aparecida Barbosa Merighi, Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo.
ANO	2014
RESULTADOS	A comunicação exerce papel importante no processo de doação, proporcionando aos familiares o esclarecimento necessário para a tomada de decisão.
TÍTULO	A conduta do enfermeiro diante do processo de transplante de órgãos/tecidos: uma revisão bibliográfica.
AUTOR (ES)	Vaneska Crispim Vinagre Martins
ANO	2016
RESULTADOS	Incentivar investimentos na capacitação do profissional para um cuidado qualificado e eficaz, visando manutenção dos órgãos que serão transplantados, estabilidade da saúde dos receptores e aparato psicológico dos familiares, promoverem educação popular em saúde sobre o transplante de órgão/tecidos no qual os parentes sem informações precisas se negam a realizar doação.
TÍTULO	Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos: Revisão integrativa da literatura.
AUTOR (ES)	Michelle Trigueiro Silva, Juliana Almeida Marques Lubenow, Danielle Aurília Ferreira Macêdo, Nereide de Andrade Virgínio.
ANO	2016
RESULTADOS	As formalidades éticas e legais devem ser conhecidas nesse contexto da doação incluindo a prevenção, manuseio imediato e detecção precoce das principais complicações advindas da (ME).
TÍTULO	Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros.
AUTOR (ES)	Israel Ferreira da Costa, José Jeová Mourão Netto, Maria da Conceição Coelho Brito, Natália Frota Goyanna, Taciane Correia dos Santos, Samara de Sena Santos.
ANO	2017
RESULTADOS	Elevado tempo de espera por exames e o analfabetismo por parte dos familiares os profissionais percebem fragilidades e temem intercessão negativa, há de se investir em estrutura e educação permanente.

Conforme Martins (2016) no cenário dos transplantes não existem preferidos todos são do mesmo modo importantes, porque sem doador não há transplante, entre os empenhos para aumentar o número de doadores, gestão, ações de educação de toda a sociedade, incluindo, em especial, os profissionais de saúde, intérpretes que dão início e finalizam o processo.

O transplante de órgãos e a única área do acolhimento médico que não pode viver sem o conhecimento da sociedade, portanto, a coletividade civil precisa ser conscientizada a respeito do dever de contribuir para salvar vidas, essa noção deve ser iniciada nas escolas, o centro ideal de formação integral dos jovens, incluindo o exercício da cidadania.

No que diz respeito à cultura da doação, começa a ser preenchida apesar de ser essencial dialogar com a família sobre o assunto, a doação de órgãos começa no hospital e só dar início se houver um princípio de gestão eficaz, aliado a uma sensível cultura de doação somente assim poderemos, em médio prazo, afirmar que no Brasil ainda faltam doadores, mas há doação.

Mediante este contexto, Silva *et al.* (2016) o enfermeiro deve conhecer as transformações fisiopatológicas inerentes da morte encefálica para que, junto à equipe, possa administrar os cuidados e atuar adequadamente no manuseio do potencial doador, mantendo os órgãos viáveis para o transplante.

Há fragilidades no processo de manutenção do possível doador entre eles destacam: falta de materiais limitados e de estrutura adequada, (UTI) da própria (OPO) nesses casos se ocupa um leito do setor, no qual poderia está sendo ocupado por um paciente vivo; demora na abertura do protocolo para confirmação da (ME); equipe insuficiente para assistência de qualidade.

Além disso, a espera fatigante e não definida pelo doador compatível é vivenciada por cada paciente e seus familiares envolvendo ansiedade, angústia e medo devido à cronicidade da doença e o medo da morte, causam vários fatores estressantes e no decorrer dessa espera, pode significar dano para tratamento, bem como uma falsa expectativa com o passar do tempo (KNIHS *et al.*, 2013).

A necessidade do cuidado nas fases do método de transplante, objetiva reestabelecer a saúde e a qualidade de vida desses pacientes incluindo a instrução ao pacientes; a inserção de intervenções que resguardem a saúde, psicológica e social; adesão ao tratamento em relação às terapias; prestar assistência aos

usuários e seus familiares e motivar sistemas de base que trazem a otimização dos efeitos dos transplantes de órgãos (MORAES *et al.*, 2015).

Desta forma, exige-se a comprovação concreta da morte encefálica, seguindo os critérios já trazidos, por dois médicos que não irão participar da remoção, muitas pessoas têm medo de serem submetidas à retirada de órgãos antes de efetivamente ter acontecido à morte, e isso acaba fazendo com elas não aceitem a doação post mortem, e optam não permitir o transplante, de modo a não correr esse risco.

Outro caso que também intimida é a confusão entre a (ME) e o estado de coma, acontece que a morte encefálica não se compara com o estado vegetativo, ou seja, o coma é um desânimo do fluxo do cérebro, embora continue vivo, perde-se a consciência, coordenação motora e a sensibilidade, mas resguardadas as condições vitais, diferente da morte encefálica, onde há ausência do fluxo sanguíneo nos vasos do sistema nervoso, irreversível, o paciente perde suas funções vitais, o batimento cardíaco permanece por um período devido sistema próprio de controle, mas logo ocorrerá a parada cardíaca (BANDEIRA, 2009).

Costa *et al.* (2017) relata que o excesso de trabalho da equipe, a exigência médica sobre o enfermeiro, o ambiente estressante, as orientações, a carência de recursos humanos, hospitais com sala de emergência lotada, (UTI) sorteadas, pacientes gravíssimos, se um doador necessitar ser transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ele não vai e o potencial doador fica em segundo plano sua conservação fica danificada que intervêm na efetivação do diagnóstico.

Os serviços de saúde trazem aos profissionais inúmeras dificuldades de natureza ética, em decorrência da escassez de recursos ante as necessidades dos usuários a escolha do paciente que será beneficiado, diante do número insuficiente de leitos de (UTI), é tarefa difícil e até indesejável.

A demora ou falha nessa etapa resulta em gastos inapropriados, ocupação demorada de um leito de (UTI), aumento do sofrimento familiar e perda de órgãos e tecidos para transplante, sendo assim, a disponibilidade de pessoal treinado nos hospitais é respeitável para aprimorar a notificação do potencial doador.

Constata-se que, muitas vezes, inúmeras equipes realizam grandes deslocamentos com a intenção de captar órgãos, tornando claro que é o esforço da sua equipe faz total diferença na agilidade, conhecimento e pratica, conscientizando os profissionais que lidam com a captação de órgãos, bem como as equipes locais

que executem a notificação, é de suma importância para um aumento da taxa de possíveis doadores assim como da efetivação dos transplantes (MIRANDA, 2004).

A população precisa entender, por exemplo, o que é Morte Encefálica (ME), como se dá a distribuição de órgãos, que o comércio ilegal de órgãos é proibido, que o corpo do doador não fica mutilado ou deformado, entre muitas outras questões, se a pessoa faleceu e nunca mostrou sua opinião a respeito de ser um doador, a negação será bem provável, com isso muitas pessoas deixam de ganhar uma nova chance de vida.

Moraes *et al.* (2014) a comunicação eficaz cumpre papel admirável no processo de doação, pois adéqua aos familiares a elucidação para a tomada de decisão sobre o transplante, esse admite os achados deste estudo, enfermeiros narram que a objetividade, lucidez e naturalidade na informação comunicada auxiliam uma decisão com autonomia para humanizar o processo de doação, é importante constituir afinidade aos familiares do potencial doador, pois percebe-se que essa ação promove influência com os mesmos, diminuindo o mal-estar da família e oferecer recursos, para que possa encarar a perda do seu ente querido.

A grande motivação para doar órgãos é salvar muitas pessoas um único potencial doador em boas condições para transplante poderá beneficia diversos órgãos e tecidos, sendo mais de dez pacientes contemplados essa perspectiva motiva as ações do enfermeiro que atua no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Leite (2017) diz que estudar a morte envolve uma amplitude de cuidados que o enfermeiro está fixado, é perceber como participante da vida, que esse profissional não irá cuidar apenas de pessoas para o restabelecimento da saúde, mas ainda daquelas com risco de morte, é abrangê-la dentro do conjunto da vida, visando uma educação humanística e crítico-reflexivo diante a situação.

Durante o aprendizado o enfermeiro tem problemas de cogitar com o aluno que muitas vezes prova falta de interesse nas aulas teóricas e quando vivenciam ante essa situação a qual não sabem reagir e agir adequadamente a falta de concentração e dissociação do fazer e do sentir, embaraça o aprendizado sobre a morte, o aluno passa a refugiar-se apenas nas técnicas e procedimentos aprendidos durante um curto tempo, evasão essa que é amparada pelos próprios docentes que obtiveram o mesmo tipo de formação.

Assim, a incorporação dessa temática nos conteúdos curriculares dos diversos níveis de ensino é determinante para conseguir um modo crítico que aceite o debate e a análise dos avanços científicos e das políticas públicas que influenciam a nossa saúde e que motivam o rumo da nossa existência, sobre a limitação de artigos encontrados não nos trazem uma contextualização do tema nos dias atuais, destacando a necessidade de estudos complementares recentes que envolvam o tema. Na tabela 02

Tabela 02 – Preparação do profissional de saúde no que tange o processo de abordagem familiar. Distribuição dos artigos segundo o título, autor (es), ano de publicação e resultados.

TÍTULO	Vivenciando a doação de órgãos: sentimento de familiares pós consentimento.
AUTOR (ES)	Marli Elisa Nascimento Fernandes, Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin.
ANO	2015
RESULTADOS	Oferecer total apoio socioemocional aos familiares frente a vivência do processo de doação além de outras práticas de atenção e gestão na saúde poderão impactar no fortalecimento dos vínculos familiares pós-doação é índices de captação.
TÍTULO	O Entendimento de Enfermeiros sobre a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante.
AUTOR (ES)	José Ribeiro dos Santos.
ANO	2016
RESULTADOS	Notificar as centrais de captação e distribuição de órgãos da existência do potencial doador, entrevistar o responsável legal, garantir o responsável legal de discutir com a família sobre a doação prevalecendo o consenso familiar e a aplicação da (SAE).
TÍTULO	Experiências de familiares diante da possibilidade de doar órgãos e tecidos para transplantes.
AUTOR (ES)	Maria Constança Velloso Cajado
ANO	2017
RESULTADOS	Muito mais do que informar sobre o estado do doador ou sobre o processo de doação de órgãos, os profissionais de saúde próximos ao doador, estejam disponíveis e abertos para perceber as necessidades dos familiares a obrigação da melhoria na entrevista familiar e ter integral disposição de uma assistência mais humanizada.
TÍTULO	Percepção e formação dos discentes de enfermagem sobre morte e doação de órgãos: Revisão integrativa.
AUTOR (ES)	Sarah de Sousa Leite.
ANO	2017
RESULTADOS	A graduação em enfermagem quase não aborda a morte e, quando o faz, concentra-se mais no cuidado técnico envolvido, a formação inadequada interfere na conduta de doação de órgãos seja no processo de definição da morte encefálica seja na assistência prestada aos familiares.

Os fatores que facilitam ou que inibem a entrevista relacionam-se ao esclarecimento que os familiares recebem aos procedimentos que envolvem o paciente, durante o período de internação a família é informada dos exames para confirmar o diagnóstico de morte encefálica, tem-se a possibilidade de se preparar para a morte do paciente, por se tratar de uma possível doação para salvar vidas de pessoas que necessitam de um transplante, contudo se torna complexo devido à implicação emocional dos familiares e do entrevistador (Cajado, 2011).

Fernandes *et al.* (2015) destaca o experimento citadas pelas famílias sobre a condução do processo de doação ao suporte emocional escasso, a falta de informações claras após a morte encefálica, a influência religiosa considerada como um fator de motivação, por si só a internação imediata traz consigo um impacto direto e especialmente em se tratando de situação grave com risco de morte.

Tal episódio pode arrebentar com o desequilíbrio emocional dos familiares neste momento delicado, é necessário que o médico compreenda a necessidade de dedicar um tempo para família, poder assimilar os fatos que envolvem o potencial doador dando amparo necessário após o consentimento da doação.

Mesmo com a concordância para doação de órgãos e a aceitação da morte do ente querido, muitas das vezes ainda restam dúvidas, quanto ao diagnóstico e esperança da reversão do quadro clínico é essencial que as equipes de captação ofereçam, além das informações clínicas, o suporte psicológico à família no momento da comunicação da morte, respeitando-se as necessidades individuais (KINRADE; JACKSON e TOMNAY, 2011).

Em algumas situações familiares citaram mínimo motim em relação ao consentimento da doação devido conhecer, a vontade do doador observou-se também que profissionais da Organização de Procura de Órgãos (OPO), ofereceram aos familiares o suporte socioassistencial e emocional durante o processo e após uma semana da doação, esta ação foi considerada como uma atitude de satisfação por terem permitido a doação, tendo os familiares apoiado à equipe de captação o sentimento de consolo por poder articular seus conhecimentos nesse método.

Nesse sentido, Santos (2016) o incentivo cabe a campanhas onde sejam ligadas a temas da doação e que o mesmo seja debatido nos lares por toda a família, estes achados contribuíram para identificar a limitação na capacidade de atendimento no serviço de saúde, cabendo aos gestores o encargo de ações para melhorar as condições de acesso ao serviço diante das atuais taxas de recusa

familiares na doação de órgãos, novas estratégias precisam ser implantadas para possibilitar avanços nesse processo, com o estabelecimento de um trabalho integrado entre os profissionais dos hospitais captadores e a rede de atenção básica para o suporte adequado aos familiares.

O procedimento é feito pela equipe da Organização de Procura de Órgãos (OPO) após o diagnóstico de Morte Encefálica (ME) quando concluído esse protocolo, a família é chamada por pessoas licenciadas para fazerem a entrevista para doação de órgãos e tecidos, os enfermeiros atraem os familiares para um momento da entrevista familiar, onde se expõe a possibilidade de doação só quem concretiza a abordagem são os profissionais capacitados das organizações (ALMEIDA *et al.*, 2015). Na tabela 03

Tabela 03 – Dúvidas dos familiares como item do papel do enfermeiro. Distribuição dos artigos segundo o título, autor (es), ano de publicação e resultados.

TÍTULO	Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil.
AUTOR (ES)	Lorena Oliveira Dantas Maynard; Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima; Yara Oyram Ramos Lima, Ediná Alves Costa.
ANO	2015
RESULTADOS	Promover campanhas para informação e conscientização popular sobre a importância da doação de órgãos como medidas direcionadas ao aumento do número de doadores.
TÍTULO	Captação de múltiplos órgãos: Os desafios do processo para os profissionais da saúde e familiares.
AUTOR (ES)	Naianne Figueredo Leite; Thércia Lucena Grangeiro Maranhão, Athenade Albuquerque Farias.
ANO	2017
RESULTADOS	Através da entrevista com os enfermeiros da OPO observou-se que a entrevista familiar é uma etapa bastante importante no processo de captação.

Conforme Maynard *et al.* (2015) isso advertir que as campanhas para captar doadores podem não estar obtendo os resultados esperados já que a maior parte concorda com o ato de doar, mas não consolida com o número real de doadores, procedendo em uma longa fila de espera, elucidando que os familiares permitam a recebida decisão de modo voluntaria, sem coações compreende-se que, entre a afirmação da morte encefálica e a abordagem familiar, existe um caminho que, apesar de curto, e do mesmo modo difícil e delicado.

Por outro lado, uma das entradas que favorecem a decisão positiva quando perpassa pela família um aspecto moral, ao entender o ato como uma ação que pode salvar a vida de outras pessoas, auxiliando a dar sentido à vida e a morte do ente querido minimizando a agonia e a dor do luto, nesse sentido, a alienação da equipe, a falta de empenho, aceitação e esclarecimento dos profissionais de saúde, replicam com a negativa familiar porque não conseguem dissociar sua decisão do tratamento recebido.

É conciso educar para progredir escassa capacitação dos profissionais de saúde brasileiros sobre o tema transplante de órgãos, o que pode explicar o desprezível nível de captação de órgãos em nosso meio.

Ponderamos o estímulo da educação à doação de órgãos, não devemos deter apenas à população, os profissionais de saúde são elementos primordiais para o enriquecimento do número de captação de órgãos.

A principal dúvida para Leite *et al.* (2017) é o tempo, sobre a demorar, a recomposição do corpo, se vai aparentar no velório que houve doação, se a incisão fica à mostra, a sutura, e quem será o receptor, se eles podem ter acesso a quem vai receber os órgãos.

Quando se faz referência para aceitação a doação de órgãos, pode-se sugerir que a família aceitou o dano ao ente querido, mas, em muitas ocasiões, existem dúvidas quanto ao diagnóstico da (ME), pode-se entender que essas dúvidas acenam a negativa para a doação de órgãos, alega que a informação das causas de recusa pode propor subsídios para os profissionais que atuam nesse método, o alvo é alcançar órgãos e realizar de forma adequada, adotando os princípios da ética, não adicionando mais angústia e aflição aos familiares do possível doador.

E formidável que a família seja conhecedora dos procedimentos que ocorre com o indivíduo, antes, durante e depois da doação, principalmente onde cita à integridade do corpo e a previsão para a entrega do paciente aos familiares enlutados.

Após o diagnóstico de morte encefálica, a família logo é avisada para saber sua disposição quanto à doação de órgãos, devido à ligeira degradação dos órgãos após a morte, a pressa exigida na decisão familiar, pode acelerar uma decisão imatura, tais fatores, quando não trabalhados, podem contribuir para uma recusa familiar.

Sentimentos contrários aparecem ao mesmo tempo, recusar e receber a morte respeitar o atordoamento de quem acabou de receber um aviso cruel, tendo que oferecer órgãos para socorrer vidas de muitos que esperam por um gesto humanitário da parte de alguém que acaba de sofrer uma perda emocional, a problema vive no fato de muitos médicos e enfermeiros não estarem dispostos para avisar péssimas notícias de forma respeitosa e esclarecedora.

5 CONCLUSÃO

Em vista dos assuntos expostos, e durante a implementação do trabalho, percebeu-se que os aspectos que abrangem os profissionais da saúde e familiares ao que se refere às pretensões e sentimentos em todo o percurso é imperativo, e a falta de entendimento das pessoas, não serão solucionadas apenas com campanhas públicas de conscientização é importante salientar que inúmeras mudanças socioculturais ainda serão necessárias a fim de colaborar para a redução do tempo e no sofrimento daqueles que esperam um órgão na fila do transplante no Brasil.

Destaca-se a necessidade de serem desenvolvidas mais análises nesta série, para aprimorar o conhecimento dos envolvidos no processo, praticando uma assistência que contemple as reais necessidades das pessoas enlutadas facilitando o processo de captação, almeja-se que os efeitos da pesquisa levem os profissionais de saúde a refletirem e conscientizarem-se sobre a necessidade da generosidade, abrangência de conhecimento científico e as competências clínicas que vão afora daquelas adquiridas enquanto discente em enfermagem.

Mediante tais avaliações, quando se referem ao conhecimento sobre a função da (OPO) é incipiente e frágil, mostram-se na obrigação de maior instrução à equipe sobre as concepções e movimentos que sustentam esse serviço aumentando assim a autonomia profissional a partir de treinamentos que desenvolvam a compreensão sobre o serviço.

Esse cenário promove melhores arranjos de recursos humanos, condições de trabalho, estrutura, fomento às atividades de informação e sensibilização da população sobre a morte encefálica e o processo de manutenção, captação, doação e transplante de órgãos.

A situação descrita denota que o cuidado a esses pacientes tem, em alguma medida, se distanciado dos princípios bioéticos, do cuidado a atenção fornecida ao possível doador assemelhar-se estar vulneráveis diante do número das falhas evidenciadas o que ocasiona táticas para ressignificação as práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, F. M. D. S.; GOIS, A. R. D. S.; SOUZA, M. S. B.; OLIVEIRA, D. C. D. Representações sociais de enfermagem sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 730-7, 2013.

AGOSTINHO, C. F.; MONTEIR, V. L.; LIMA, O. F. L. J. XXIV Congresso de pesquisa e Ensino em Transportes. Salvador Bahia. **Análise do processo de transporte, manuseio e identificação da caixa para acondicionamento de órgãos para transplante**. 2015.

AGUIAR, M.I.F.; ARAÚJO, T. O. M.; CAVALCANTE, M. M. S.; CHAVES, E. S.; ROLIM, I. L. T. P. Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no estado do Ceará. **Revista Mineira Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 353-60, 2010.

ALMEIDA, E. C. **Doação de Órgãos e visão da família sobre atuação dos Profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira**. 2011. 97f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO. **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. São Paulo: ABTO, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2006-2013). **Registro Brasileiro de Transplantes**. v.19, n. 4, p. 1-81, 2013.

AZEVEDO, L. S. F. Hospital das Clinicas da FMUSP. **Serviço de Transplante Renal**. 2015.

BANDEIRA, D.; COGO, S.B.; HILDEBRANDT, L. M.; BADKE, M. R. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 400-7, 2014.

BAQUERO, A.; ALBERÚ, J.; ABBUD, F. M. I Fórum de bioética em transplante da América Latina e Caribe: O documento de águas calientes. **Jornal Brasil Transplantes**, v. 13, p.1329-1392, 2010.

BARROS, S.; LEONARDO, B. D. **Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante**. Organização de Procura de Órgãos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (OPO-HCFMUSP). 2008.

BECKER, S.; SILVA, R. C. C.; FERREIRA, A. G. N.; RIOS, N. R. F.; ÁVILA, A. R. **A enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial doador**.v. 13, n. 1, p. 69-75. 2014.

BENEDETTI, G. M. D. S. Significado do processo morte/morrer para acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 173-179, 2013.

BÍBLIA. **Português Bíblia Sagrada**. Tradução de Centro Bíblico. 112º edição. São Paulo. Gênesis, 2:21-22. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. 1997.

BRASIL. Decreto no 2.268, de 30 de junho de 1997. **Regulamenta a Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 01 jul. 1997; seção 1:13739. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.211, de 23 de março de 2001. **Altera os 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”**.2001a.

BRASIL. Lei no 10.211, de 23 de março de 2001. **Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento**.2001a.

BRASIL. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. **Altera dispositivos da Lei n.9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação sobre transplantes no Brasil**, Brasília, p.189. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação sobre o Sistema Nacional de Transplantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2600 de 21 de Outubro de 2009. Dispõe sobre o **Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante**. Brasília, 2009.

BRASIL. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v.1, n.1, p.34-42, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466/12, de 12 dez 2013. Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 1.480/1997. **Critérios para diagnóstico de morte encefálica**. Brasília (DF), 1997a.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1.480, de 8 de agosto de 1997. **A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempos variáveis, próprios para determinadas faixa etárias**. Revoga-se a resolução CFM no 1.346/91. Diário Oficial da União. 21 ago., n. 160, seção 1:18227-8, 1997b.

BROWN, R. S.; BELTON, A. M.; MARTIN, J. M.; SIMMONS, D. D.; TAYLOR, G. J.; WILLARD, E. **Evolução da qualidade no Centro de Órgãos da Rede de Procurement e Transplante de Órgãos / United Network para o compartilhamento de órgãos**. Prog Transplant, v. 19, p. 221-6, 2010.

BRYCE, C. L. **Os incentivos são importantes: proporcionando benefícios às famílias dos doadores**. American Journal of Transplantation, Copenhagen, v.5, n.12, p. 2999-3008, 2005.

CAJADO, M. C. V. **Doar ou não doar, eis a questão: impasses subjetivos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes**. Salvador: Universidade Católica do Salvador. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, 2011.

CICOLO, E. A.; ROSA, B. A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 274-278, 2010.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.4, p. 996-1002, 2010.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética**, Resolução 292 de 2004.

CONCEIÇÃO, A. M. **Morte encefálica: um conceito a ser difundido**. In: Day L. **Morte cerebral e doação de órgãos**. In: Schell HM, Puntinho KA. Segredos em enfermagem na terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 490-3 critical illness. Soc Work Health Care. v. 50, n. 9, p. 661-81, 2011.

DALBEM, G. G.; CAREGNATO, R. C. A. **Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das Famílias**. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.19, p. 728 -735, 2010.

DIAS, M. V. Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções a luz do pensamento complexo. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 35, n. 4, p. 79-85, 2014.

FELIÚ, X. **Enfrentando a morte: a experiência de luto em famílias de doadores de órgãos e tecidos**. Monografia do Curso de Aprimoramento Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto. 4 Estações Instituto de Psicologia. São Paulo, 2009.

FERAZZO, S. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 3, p. 449-460, 2011.

FERREIRA, I. R.; SILVA, L. N.; AGUIAR, F. W.; GONÇALVES, R. P. F.; SOUTO, S. G. T. Doação e transplante de órgãos na concepção bioética: uma revisão integrativa. Três Corações: **Revista Universidade Vale do Rio Verde**. v. 13, p. 190-203, 2015.

FERNANDES, M. E. N.; BITTENCOURT, Z. Z. L. D. C.; BOIN, I. D. F. S. F. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pós consentimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 895-901, 2015.

FLODÉN, A.; FOREBERG, A. Um estudo fenomenográfico das percepções e atitudes das enfermeiras da UTI sobre a doação de órgãos e o cuidado de potenciais doadores. **Intensive Crit Care Nurs**. v. 25, n. 6, p. 306-13, 2009.

FONSECA, M. A. A.; CARVALHO, A. M. Fragmentos da Vida: Representações Sociais de doação de Órgãos e Transplantes. **Revista Interações da UFMG**, v.10, n.20, p.85-108, 2005.

FREIRE, S. G. **Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes**. Escola Anna Nery. v. 4, n. 16, p. 761-66, 2015.

FREIRE, S. G.; FREIRE, I. L. S.; PINTO, J. T. J. M; VASCONCELOS, Q. L. D. A. Q; TORRES G. D. V. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Revista Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 761-766, 2012.

GOTARDO, J. M.; GALVÃO, C. M. Avaliação da hipotermia no pós-operatório imediato. **Revista RENE**. v. 2, n. 10, p. 67-71, 2009.

GUIDO, L. A; LINCH, G. F.C.; ANDOLHE, R.; CONEGATTO, C. C.; TONINI, C. C. Estressores na assistência de enfermagem entregue aos potenciais doadores de órgãos. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.6, p.1023-9, 2009.

HART, J. L.; KONH, R.; HALPERN, S. Percepções de doação de órgãos após a circulação determinação da morte entre médicos e enfermeiros de cuidados intensivos: uma pesquisa nacional. **Crit Care Med**, v.40, n. 9, 2012.

JACKSON, A. M.; LUCAS, D. P.; MELANCON, J. K. Relevância clínica e determinação da subclasse IgG de anticorpos não-HLA identificados usando precursores de células endoteliais isolados do sangue de doadores. **Pesquisa Clínica e de Transplante**. 2011.

JUNIOR, L.; ELTINK, C. F. **A visão do graduando de enfermagem perante a morte do paciente**. Health, v. 29, n. 3, p. 176, 2011.

LIMA, A. A. F.; SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **Mundo saúde**. São Paulo, v. 36, n. 1, p. 27-33, 2012.

LIRA, G. G. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2012.

MALUF, A. C. D. R. F. **Curso de Bioética e Biodireito**. 2ª edição, São Paulo: Atlas S.A. 2013.

MARTINI, M.; FERNANDES, M. F. O.; MARTINS, S. A. O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos. **Revista Brasileira Ciências Saúde**. Ano VI, n. 18, 2008.

MARTINS, A.C.; COSTA, I.R. A importância do enfermeiro frente à doação e manutenção de órgãos e tecidos. **Revista Medicina Minas Gerais**, v.23, supl. 1, p.S1-S84, 2014.

MENDES, K.D.S.; ROZA, B.A.; BARBOSA, S.F.F.; SCHIRMER, J.; GALVÃO, C.M. Transplante de Órgãos e Tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.4, p.945-53, 2012.

MENDONÇA, A. S.; CASTRO, D. C.; BRASILEIRO, M. E. Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos. **Rev. Eletr. de Enf. do C. E. E. N.** 2010.

MEYER, K.; BJORK, I. T.; EIDE, H. Percepções dos enfermeiros de cuidados intensivos de seus profissionais competência no processo do doador de órgãos: uma pesquisa nacional v. 68,n. 1, p. 104-15, 2012.

MORAES, E. L. **Vivencia de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante [Tese]**. São Paulo, Brasil: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo. 2013.

MORAES, E. L. D.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009.

MORITZ, R. D. **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante a morte**. Florianópolis: programa de pós graduação em engenharia de produção Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

MOURA, L. C.; SILVA, V. S. Manual do núcleo de captação de órgãos: recebendo cuidados paliativos. **Psic: Teo Prát**,v. 13, n. 2, p. 50-62, 2014.

NORONHA, M. G. O.; SETER, G. B.; PERINI, L. D. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 199-203, 2012.

NOTHEN, R. R. **A Doação de Órgãos no Cenário da Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2006.

NUNES, M. I.; ANJOS, M. F. D. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Biot.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-251, 2014.

PALMEIRA, H.; SCORSOLINI, C. F.; PERES, R.S. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, v. 35/36, p. 179-189, 2011.

PEREIRA, W. A.; FERNANDES, R. D.; SOLER, W. V. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante e Tecidos**. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). São Paulo, p. 85 Company garf Prod. Gráfica e editora. 2009.

PESTANA, A. L. Pensamento e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 258-264, 2013.

RECH, T. H.; RODRIGUES, F.; ÉDISON, M. Entrevista familiar e consentimento. **Revista brasileira de terapia intensiva**, São Paulo, v.19, n.1, 2007.

REIS, M. L.; POPOV, D. C. S.; Percepção de estudantes de enfermagem sobre a doação de órgãos. **Revista Enfermagem UNISA**, v. 10, n. 2, p. 107-12, 2009.

RIBEIRO, D. B.; FORTES, R. C. A morte e o morrer na perspectiva do estudante de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. v. 35, n. 4, p. 79-85, 2014.

ROCHA, M. Aumenta o Número de Transplante no Brasil. **NTV News**, Patos de Minas, 04 de agosto de 2010.

SALLUM, A. M. C.; ROSSATO, L. M.; SILVA, S. F. A morte cerebral em crianças: recursos para a prática clínica. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 64, n. 3, p. 600-4, 2011.

SANTOS, J. L. **Revisão documental da literatura científica sobre educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem**. 2009. 63f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 382-7, 2005.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; MORAES, E. L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Acta Paulista Enf.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 788-794, 2012.

SILVA, A. M.; SILVA, M. J. P. A preparação do graduando de Enfermagem para Abordar o tema morte e doação de órgãos. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 549-54, 2007.

SILVA, D. M.; TELLES, G. **Conhecimentos dos Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva sobre o Processo de Doação de Órgãos**. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2012.

SOUZA, B. S. D. J.; LIRA, G. G.; MOLA, R. **Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar**. 2016.

STANCIOLI, B. Sistema nacional de transplantes: saúde e autonomia em discussão. **Rev. Direito Sanit.** São Paulo, v. 11, n. 3, 2011.

TAKAHASHI, C. B.; CONTRIN, L. M.; BECCARIA, L. M.; GOUDINHO, M. V.; PEREIRA, R. A. M. Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 132-8, 2008.

VIEIRA, M. S.; NOGUEIRA, L. T. O processo de trabalho no contexto da doação de órgãos e tecidos. **Revista Enfermagem UERJ**, v.23, n. 6, p. 825-831, 2016.

WESTPHAL, G. A.; CALDEIRA, F. M.; VIEIRA, K. D.; ZACLIKEVIS, V. R.; BARTZ, M. C. M.; WANZUITA, R. *et al.*, Diretrizes para múltiplos órgãos Doadores (adultos). Parte II. Ventilação mecânica endócrina Manejo metabólico, aspectos hematológicos e infecciosos. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. v. 23, n. 3, p. 269-86, 2011.