



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARBACENA
FASAB
CURSO DE ENFERMAGEM

VANESSA DE OLIVEIRA

O PROCESSO LOGÍSTICO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

BARBACENA
2012

O PROCESSO LOGÍSTICO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Vanessa de Oliveira*

Célio Mendes do Vale**

Maria Amélia Meira ***

RESUMO

O presente estudo retrata o processo logístico que envolve a captação de órgãos e tecidos na unidade de terapia intensiva adulto da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena – MG. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, que foi desenvolvido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como aprovação da Instituição concedente. Os resultados obtidos decorreram da busca ativa em documentos institucionais e registros em prontuários dos pacientes que configuraram como potenciais doadores e doadores com órgãos transplantados no período de janeiro de 2009 a maio de 2012, a partir de um formulário para categorizar os dados. Foram levantados dados de dezoito pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos, onde destes, onze evoluíram para doadores com órgãos transplantados e sete sem captação de órgãos. No estudo foram observadas características como sexo, queixas iniciais na admissão hospitalar, tipos de órgãos captados e intercorrências existentes durante o processo de captação de órgãos, citando entre elas, a instabilidade hemodinâmica, a intolerância ao teste de apneia e a abordagem a família.

Palavras-chave: Morte encefálica. Transplantes. Logística.

* Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Barbacena – MG - e-mail: vanessa27oliveira@gmail.com

**Enfermeiro orientador Especialista em Terapia Intensiva Adulto e Neonatal pela faculdade redentor, Enfermeiro da unidade de terapia intensiva da Santa Casa de Misericórdia – MG, supervisor de estagio unipac-email: celiiodovale@yahoo.com.br.

***Enfermeira co-orientadora Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UFJF, coordenadora da unidade de terapia intensiva adulto da Santa Casa de Misericórdia – MG – email: ameliameira2170@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A vivência de uma realidade faz-nos experimentar técnicas e condutas profissionais variadas. No entanto, há lacunas da realidade que precisam e devem em algum momento serem perscrutadas. Assim sendo, estudar o processo logístico de captação e órgãos.

A detecção de um provável doador de órgãos e tecidos representa perspectiva e esperança para muitos pacientes que almejam recomeçar nova vida com qualidade, porém a não detecção e subnotificação de morte encefálica impossibilita que um grande número de indivíduos, que tem a terapêutica dos transplantes como uma esperança de vida, permaneça distante do processo de recepção do órgão específico.

A subnotificação de potenciais doadores ocorre principalmente por falta de capacitação de profissionais e implantação de protocolo adequado.

De acordo com Morato (2009)¹, “a subnotificação é o primeiro dos inúmeros obstáculos para a melhora da captação de órgãos e tecidos”. E pode estar relacionado ao adequado treinamento da equipe multidisciplinar dos serviços de saúde na percepção dos sinais semióticos da disfunção irreversível do sistema nervoso central – a morte encefálica – modificando a abordagem a esses pacientes

Para que a captação de pacientes seja eficaz, é essencial que os profissionais de saúde conheçam o conceito de morte encefálica e que sejam capacitados para que a constatação desta seja adequada e para que exista uma criteriosa busca ativa. O que representa além da redução da angústia que envolve os familiares, a possibilidade de aumentar a doação humanitária de órgãos e tecidos para indivíduos que aguardam nas intermináveis filas por um novo órgão. (MORATO, 2009).

A realização de transplante se tornou um dos maiores avanços da ciência médica e o sucesso do mesmo depende da atuação de uma equipe multidisciplinar e suas habilidades, estrutura hospitalar e principalmente da existência de um doador. (PACHECO; CAMPOS; SILVA, 2007)².

O processo de detecção, manutenção e captação de órgãos e tecidos para transplantes envolve uma logística ampla que a conduz para efetividade dos transplantes. Segundo o Sistema Nacional de Transplantes, os aspectos logísticos são grandes responsáveis pela não efetivação de transplante após a constatação de morte encefálica.

¹<http://www.rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/164/147>.

²http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_13_1305924890.pdf.

Entende-se todo processo logístico, aquele referente não apenas às atividades burocráticas, mas também como todo o processo de manutenção hemodinâmica do potencial doador, exames laboratoriais e complementares e recursos materiais.

A grande demanda de transplantes de órgãos, e a baixa realização dos mesmos, fazem com que se torne um problema de saúde pública, retratando ora a influência do desconhecimento da população mediante o processo de doação de órgãos, e por vezes falha na falta de uma política de atenção continuada. (ROZA, 2005)³.

Retratar a logística que envolve todo o processo de captação de órgãos em uma Unidade de Terapia Intensiva, faz com que se desperte um senso crítico e de avaliação do trabalho executado, permitindo ainda reconhecer as causas que, de direta ou indiretamente, impossibilitaram que um potencial doador evoluísse para um doador com órgãos transplantados. Refletindo todo o processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos, bem como analisando a manutenção deste potencial doador.

Partindo dessa premissa, o objetivo deste estudo será refletir sobre possíveis fatores que possam dificultar o processo de captação de órgãos em uma unidade de Terapia Intensiva Adulto de referência neurológica e politraumatizados.

Apesar de a temática ser pouco discutida na academia, destacamos os seguintes autores: Roza (2005), Morato (2009), Nothen (2004) e Westphal *et al.*(2011).

2 MORTE ENCEFÁLICA E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Torna-se indispensável ao profissional de saúde saber e entender conceitos fundamentais que norteiam este processo, agindo de modo cômico e responsável nas diversas etapas. O Ministério da Saúde conceitua os seguintes termos:

Potencial doador: indivíduo de coma a perceptivo (com escore 3 na escala de coma de glasgow). Potencial Doador em Morte Encefálica: indivíduo em morte encefálica diagnosticada pelo primeiro exame clínico. Doador Elegível em morte Encefálica: indivíduo em Morte encefálica já diagnosticada sem contra indicações conhecidas. Doador Efetivo: indivíduo do qual foi removido algum tecido ou órgão para fim de transplantes. Doador com Órgãos transplantados: indivíduo em morte encefálica que teve os órgãos captados, transplantados. (Brasil.2009)⁴

A morte encefálica (ME) representa o estado clínico irreversível em que as funções cerebrais estão irremediavelmente comprometidas. “Estima-se que 0,5 a 0,75 de todas as

³ www.hcnet.usp.br/adm/dc/opo/teses.../Tese%20Bartira.pdf.

⁴ www.tranpalntes.pe.gov.br/.../anexos_cihdott.doc

mortes, 1 a 4% das mortes em hospital e 10 a 15% das mortes em UTI sejam primariamente encefálicas.” (NOTHEN, 2004, p.7).

Nesse sentido, Nothen (2004, p.9) afirma:

O transplante de órgãos tem sido, sem dúvida, uma das políticas de saúde pública mais trabalhadas ao longo da última década em nosso país. Fruto de uma sinergia de esforços, bastante peculiar e feliz entre gestores, prestadores de serviços, pacientes e população, o número de transplantes vem aumentando ano a ano, assim como o investimento nessa modalidade terapêutica.

A determinação de ME causa polêmica entre familiares e profissionais, causando desconforto para ambas. A morte encefálica deve ser diagnosticada o mais precoce possível e a família do paciente devidamente esclarecida de todo o processo.

Conforme orientado pelo CFM e pela legislação 11.236 a determinação da morte encefálica deve ser realizada em caráter de urgência. A família deve ser orientada quanto o início da avaliação, permitindo que haja capacidade de questionar o diagnóstico e trazer um médico de sua confiança para acompanhar os procedimentos. (VILIBOR, 2009)

Para desmistificar e orientar os indivíduos envolvidos no processo, o diagnóstico de morte encefálica foi definido na resolução 1480/97.

No Brasil, o diagnóstico de morte encefálica é definido pela Resolução CFM Nº 1480/97, devendo ser registrado, em prontuário, um Termo de Declaração de Morte Encefálica, descrevendo os elementos do exame neurológico que demonstram ausência dos reflexos do tronco cerebral, bem como o relatório de um exame complementar. (SILVA, 2010)⁵.

A notificação compulsória da ME e de um possível doador em potencial deve ser realizada imediatamente depois de diagnosticada pela equipe, a fim de captar o maior número possível de órgãos.

De acordo com o CFM, Lei nº 1480/97, Capítulo 13, “um dos principais aspectos é obrigatório notificação da Morte Encefálica as Centrais de Notificação da unidade federativa.” (BRASIL. 1997)⁶.

Sequencialmente, com a confirmação da morte encefálica e de um potencial doador, a família deve ser contactada e disponibilizar uma autorização para o transplante.

Após o diagnóstico de morte encefálica, a família deve ser consultada e orientada sobre o processo de doação de órgãos. A entrevista deve ser clara e objetiva,

⁵ www.tecsoma.br/trabalhos_conclusao.../maria%20de%20lurdes.pdf.

⁶ <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm#>.

informando “que a pessoa está morta e que, nesta situação, os órgãos podem ser doados para transplante”. Esta conversa pode ser realizada pelo próprio médico do paciente, pelo médico da UTI ou pelos membros da equipe de captação, que prestam todas as informações que a família necessitar. (ROZA; ODIERNA; LASELVA, 2005, p.382).

Para que a determinação do possível doador e sua posterior notificação sejam realizadas de forma eficaz, foram implantadas nos hospitais as comissões de transplantes, as CIHDOTT.

A existência e o funcionamento de Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes permitem uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares. Todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos constituem a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes-CIHDOTT. (BRASIL, 1997).

3 MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR

O objetivo da manutenção do potencial doador será otimizar a perfusão dos órgãos e tecidos, de modo que assegure a sua viabilidade; Para isso recomenda-se um monitoramento cardíaco, saturação de oxigênio, da pressão arterial, e temperatura corporal.

Por isto, após a realização do diagnóstico de morte encefálica, com a obtenção do consentimento para doação de órgãos, todos os esforços devem ser realizados para a efetivação do transplante. (WESTPHAL *et al.*, 2011).

Podemos dizer que a grande variabilidade de medidas terapêuticas adotadas nos diferentes serviços, e até mesmo em um mesmo centro dificulta a utilização das melhores práticas relacionadas à manutenção do doador falecido. (WESTPHAL *et al.*, 2011).

A equipe de enfermagem exerce papel fundamental no processo de diagnóstico de morte encefálica e na captação de órgãos, uma vez que essa atua diretamente nos cuidados diários do paciente e controla as possíveis intercorrências, permitindo que intervenções sejam realizadas no tempo adequado. Além disso, conhece toda a terapêutica já utilizada no tratamento do paciente, bem como medicações e complicações como possíveis infecções, históricos de parada cardio respiratória PCR incluindo seu tempo de duração e o tipo de assistência prestada. A atuação da equipe de enfermagem frente ao paciente em diagnóstico

de morte encefálica bem como na captação e transplante de órgãos e tecidos é normatizada pela Resolução 292/2004, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004)⁷.

A partir do diagnóstico de ME, e considerando o consentimento familiar, o tratamento do paciente tem por objetivo a manutenção do doador, por meio da perfusão e oxigenação dos órgãos. O conhecimento das alterações fisiológicas que acometem vários órgãos e sistemas no paciente em condição de ME, pelos profissionais que trabalham com doação de órgãos e tecidos, é um dos fatores que parece estar relacionado à melhoria de sobrevida do paciente (receptor) ou enxerto (órgão ou tecido transplantado). (ROZA; ODIERNA; LASELVA, 2005, p.544)

A logística da captação de múltiplos órgãos envolve também o processo de acondicionamento, armazenagem e transporte de órgãos dentro de tempo pré-determinados pelo tempo de isquemia de cada órgão, não se esquecendo da distância entre os centros de captação e o da implantação.

No entanto, para efetivação da doação é fundamental que o doador permaneça hemodinamicamente estável, e a maioria deles são tratados nas Unidades de Terapia Intensiva. Sendo assim, fica explícito que o posicionamento da equipe multidisciplinar frente ao transplante deve ser eficaz e adequada.

O desafio para quem cuida de doadores de órgãos e tecidos, além da competência técnica, é ter competência ética, com atitudes que garantam a melhoria contínua nesse processo, com ênfase na comunicação adequada entre a equipe e os familiares e no investimento em processos de trabalho que identifiquem questões cotidianas de modo a impedir que a assistência prestada seja rude e impessoal. (ROZA; ODIERNA; LASELVA, 2005, p.551).

Portanto, é essencial lembrar que “a agilidade é fundamental já que a parada cardíaca e a conseqüente inviabilidade dos órgãos poderão ocorrer em algumas horas.” (NOTHEN, 2004).

Para isto recomenda-se medidas clínicas para controle das anormalidades metabólicas e boa manutenção volêmica, permitindo uma adequada reposição de volume, infusão de drogas, oxigenação, manutenção do equilíbrio ácido-básico, controle da temperatura corporal, e prevenção de infecções, favorecendo assim a manutenção do potencial doador.

4 METODOLOGIA

⁷ <http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>.

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, que foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa⁸, com subsequente aprovação da Instituição Santa Casa de Misericórdia de Barbacena em estudo, através da Direção Geral e o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP).

Inicialmente será feito uma busca ativa direta em livros de registros da Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes (CIHDOTT) da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena de Minas Gerais (SCMB). Para essa coleta foi utilizado um formulário, conforme anexo I onde os dados foram categorizados para fins de análise. Após levantamento de informações referentes à pacientes com histórico de suspeita e/ou confirmação de morte encefálica, os referidos prontuários foram analisados minuciosamente, e discutidos sob forma de gráficos.

Para isso serão analisados os prontuários dos pacientes que configuraram como potenciais doadores no período de Janeiro de 2009 a Maio de 2012, respeitando a privacidade do participante da pesquisa, obedecendo ao que diz a resolução 196/96 referente à pesquisa com participação de seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

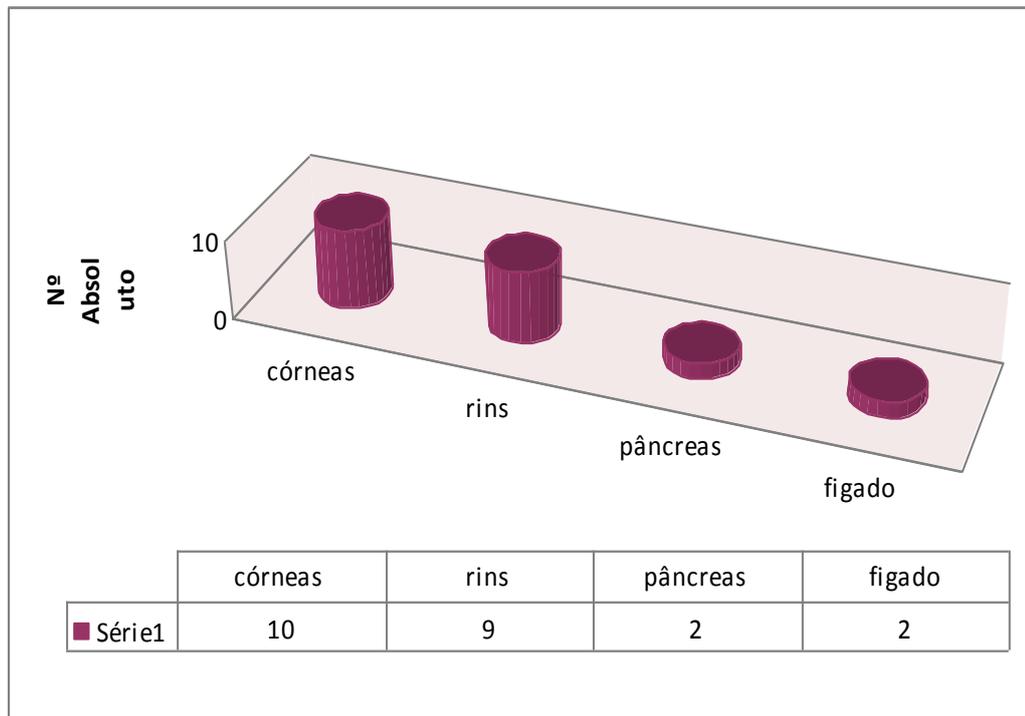
Na análise dos prontuários a principal ferramenta para obtenção dos dados foram registros de enfermagem, evoluções médicas e laudos de exames, propiciando uma visão clara e coesa desde a internação, do paciente e a continuidade temporal de todo o processo terapêutico, objetivando a detecção de ME, manutenção do potencial doador e a captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Os registros da CIHDOTT nortearam potenciais doadores e os doadores com órgãos transplantados. No período de janeiro de 2009 a maio de 2012, tivemos 18 potenciais doadores, e destes 11 evoluíram para doadores com órgãos captados e sete sem captação de órgãos.

5.1 Características gerais do potencial doador

⁸ Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos-cep-UNIPAC proocolo nº 131.722 garantindo a conformidade com os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos delineados pela resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 do conselho nacional de saúde.

Dentre os pacientes envolvidos na pesquisa, encontramos 11 do sexo feminino e sete do sexo masculino, apresentando diversas idades e com diferentes queixas, dentre estas, citamos a cefaleia intensa, o traumatismo crânio encefálico e o rebaixamento do nível de consciência. Foram captados 23 órgãos destes 13 correspondentes a órgãos sólidos e 10 referentes a tecidos (córneas). Conforme (GRAF.1).

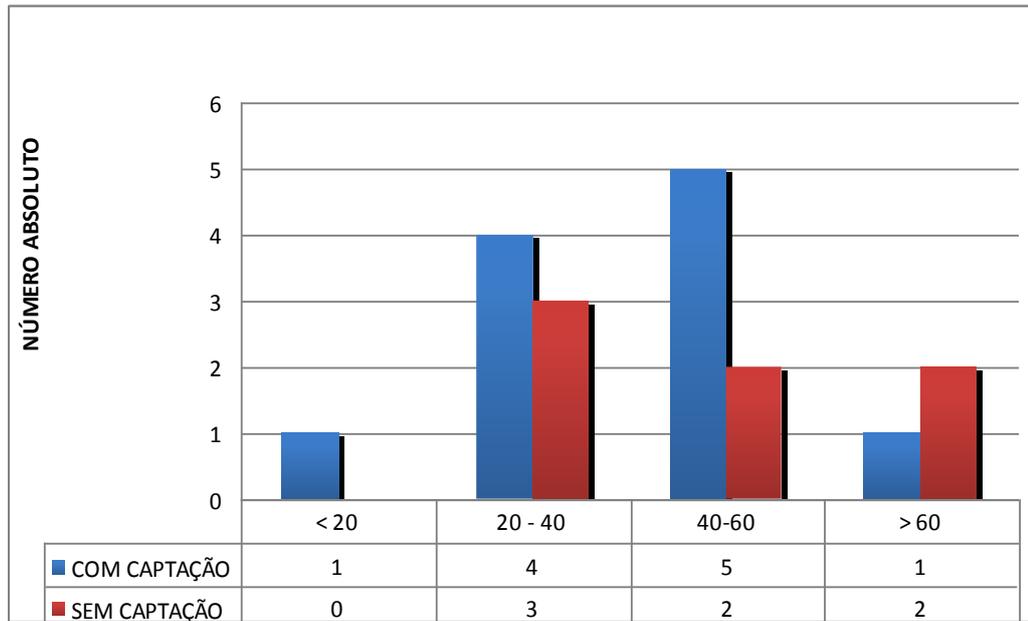
Gráfico 1- Órgãos captados



Fonte: Registros CIHDOTT/SCMB (Janeiro 2009 a Maio 2012)

Uma vez que não há uma idade determinada para que ocorra a captação, observa-se a viabilidade do órgão a ser captado para que este seja transplantado. A faixa etária dos pacientes em estudo foi variável onde, a média de idade foi de 42 anos, considerando a idade mínima 17 anos e a idade máxima 61 anos para os pacientes que foram doadores com órgãos transplantados. Em relação aos pacientes sem captação de órgãos a media é de 46 anos, onde a idade mínima foi de 25 anos e idade máxima 69 anos. Conforme (GRAF.2).

Gráfico 2: Faixa etária



Fonte: Registros CIHDOTT/SCMB(Janeiro 2009 A Maio 2012)

A detecção precoce do potencial doador se torna além dos demais, um fundamental papel ao intensivista, pois quanto mais precocemente esta for iniciada bem como as intervenções, maiores serão as possibilidades de sucesso no processo de captação de órgãos e tecidos para transplantes. Porém não é somente tal situação que vai definir o sucesso da captação de órgãos, pois é preciso que a família após sua abordagem esteja ciente e assertiva na decisão do processo de doação de órgãos e tecidos. Pois além de questões éticas, sociais e culturais, o consentimento familiar para doação de órgãos e tecidos pode representar ou não a vontade do doador falecido (ROZA, 2005). Essa afirmativa foi observada, uma vez que apesar de ter sido realizada a abordagem inicial em tempo ágil (< 12h) três pacientes não tiveram como resultado a captação de órgão e tecidos devido à resposta negativa sobre a doação, o que corresponde a 50%; Duas famílias com demora no tempo de resposta, após a abordagem o que corresponde a 33%, e uma família que não se obteve resposta em relação a captação, correspondendo a 16%.

Porém é preciso compreender que não somente pacientes que inicialmente apresentarem níveis de consciência rebaixados, comatosos ou com prognósticos desfavoráveis são os únicos que merecem maior observância em relação à possibilidade de evolução para morte encefálica. Nesse sentido, Nothen (2004, p.9) afirma:

Todo o paciente com escore na escala de coma de Glasgow (ECG) igual ou menor a oito, apresenta evolução desfavorável, deve ser

monitorado e identificado como possível doador assim que houver apnéia e o escore chegar a três.

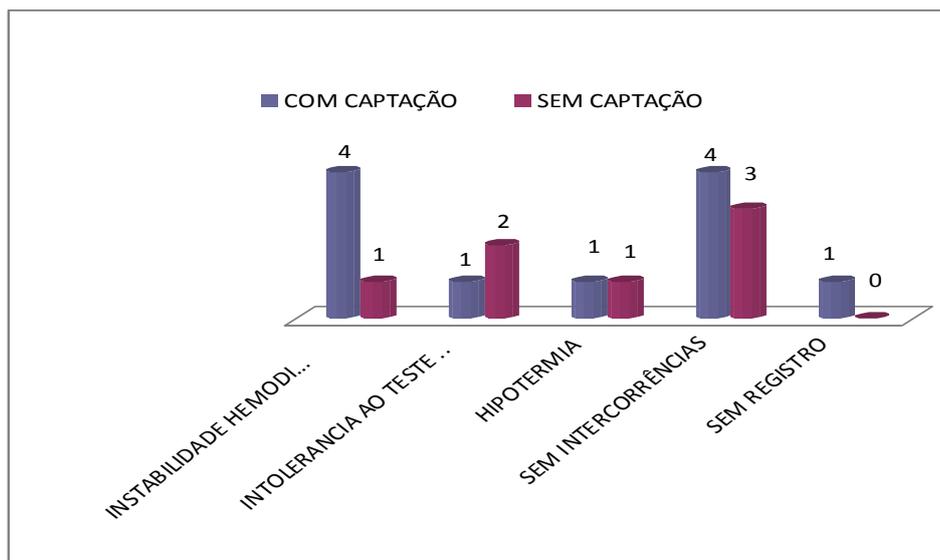
Com a pesquisa observamos que nem todos os pacientes que evoluíram para o quadro de morte encefálica apresentavam inicialmente rebaixamento do nível de consciência, mas assim o fizeram no decorrer da terapêutica. Fato este pode ser afirmado levando em consideração a avaliação inicial do nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow. Entre os potenciais doadores que evoluíram para doador com órgãos captados a ECG teve média inicial de 9/15 e os que não tiveram órgãos transplantados a média da ECG inicial foi de 6/15.

5.2 Intercorrências e manutenção do potencial doador

As intercorrências durante o processo logístico para a captação de órgãos e tecidos não são necessariamente preditores do insucesso do trabalho a ser executado. O que prediz sucesso em captação realizada é a capacidade de manutenção do potencial doador uma vez que a maioria das intercorrências pode ser controlada com intervenções clínicas/conduitas.

Enfatizando tais afirmativas o gráfico a seguir retrata as intercorrências existentes, mas que não impediram o sucesso da captação de órgãos. Conforme (GRAF.3).

Gráfico 3: Intercorrências durante realização dos testes de ME



Fonte: Registros CIHDOTT/SCMB (Janeiro 2009 A Maio 2012)

Dentre as possíveis intercorrências que possam existir, a que é realmente comprometedora é a intolerância ao teste de apnéia. Primeiramente porque não permite evoluir o caso dentro do protocolo clínico legal exigido, além de comprometer a perfusão/oxigenação de órgãos e tecidos conforme estabelecido pela Resolução 1480/97⁹ do CFM, que define os critérios para o diagnóstico de ME. Outra intercorrência passível de existir é a hipotensão severa, levando ao uso de drogas vasoativas em altas doses, que é prejudicial à perfusão de órgãos e tecidos comprometendo assim sua viabilidade para transplantes (WESTPHAL *et al.*, 2011).

Há outras intercorrências que impedirão que um potencial doador evolua para doador com órgãos transplantados como: a resposta negativa dos familiares, a demora do parecer familiar após abordagem, hipotermia e distúrbios eletrolíticos como a hipernatremia. A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência a ser considerada, mas impedirá somente doação de múltiplos órgãos, permitindo a doação de tecidos como, por exemplo, córneas uma vez que a mesma pode ser captada até seis horas após a PCR, conforme a Resolução 1480/97 do CFM.

O objetivo da manutenção do potencial doador é preservar a perfusão dos órgãos e tecidos, de modo que assegure a sua viabilidade. Para isso recomenda-se um monitoramento cardíaco, saturação de oxigênio, níveis pressóricos e volemia, temperatura corporal e demais funções hemodinâmicas. Partindo dessa premissa é preciso medidas clínicas para controle das anormalidades metabólicas e boa manutenção volêmica, permitindo uma adequada reposição de volume, infusão de drogas, oxigenação, manutenção do equilíbrio ácido-básico, controle da temperatura corporal, e prevenção de infecções.

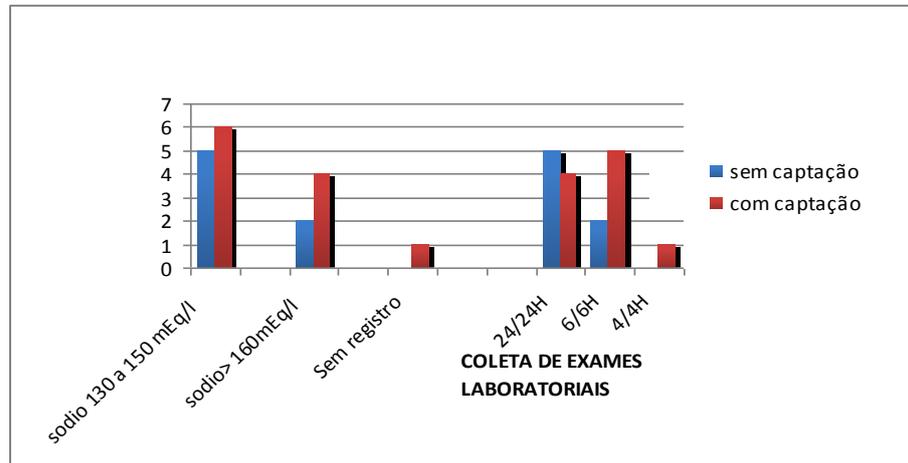
A monitorização da temperatura corporal é essencial para a detecção precoce da hipotermia, pois uma vez esta instalada, torna-se difícil sua reversão. Para se evitar efeitos indesejáveis como a coagulopatia e a instabilidade hemodinâmica estabelece-se por temperatura corporal favorável uma temperatura central superior a 35°C (preferencialmente entre 36 e 37°C). (WESTPHAL, *et al.*, 2011)

Dentre as medidas de manutenção aplicadas observamos o uso de drogas vasoativas (noradrenalina®, dobutamina®, nitroprussiato de sódio®) e controle de diabetes insipidus bem como hipernatremia (no caso, Acetato de desmopressina®), o uso de soluções endovenosas aquecidas por via gastrointestinal (reaquecimento ativo interno), de compressas quentes e foco de luz (reaquecimento ativo externo). Além do controle rigoroso dos níveis

⁹ http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm

séricos através de exames laboratoriais em conforme Diretrizes da AMIB para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador falecido, que preconiza o monitoramento de íons de sódio de 6/6h nos casos de hipernatremia (WESTPHAL,2011). Conforme (GRAF.4):

Gráfico 4: Exames laboratoriais



Fonte: Registros CIHDOTT/SCMB (Janeiro 2009 a Maio 2012)

A complexidade do cuidado hemodinâmico, por exemplo, que por vezes se estende por horas ou dias, exige preparo para a tarefa. Muitos recursos escassos, como verbas, ou insubstituíveis, como órgãos, podem ser otimizados se agirmos com presteza e adequação. (NOTHEN, 2004, p. 7).

5.3 Família: “ Mola Mestra” para o sucesso da capacitação de órgãos

A morte súbita, como conseqüência de agravos cerebrais severos e agudos é a precursora da doação de múltiplos órgãos; desta forma as famílias que vivenciam esta situação, constitui-se do primeiro contato real com a morte encefálica (ROZA, 2005).

No entanto não existe uma preparação para vivenciar uma morte súbita que mantenha a integridade da unidade familiar, visto que ainda há o aspecto de que, por mais que a compreensão da morte encefálica esteja clara para quem precisa lidar com esta situação, existe a dificuldade real de algumas pessoas em reconhecer emocionalmente a morte de alguém que está rosado, quente e com os batimentos cardíacos presentes. (ROZA, 2005).

Embasados na autora acima acreditamos que a abordagem inicial ao familiar deve ser de modo claro, honesto e ágil, pois é preciso tempo para discernimento e possível aceitação da

situação atual, além de que toda a continuidade do processo de captação de órgãos depende da aceitação do familiar do potencial doador.

Observamos que nas situações de não captação de órgãos a resposta negativa da família bem como a não resposta a abordagem correspondeu a 83% dos casos, em contrapartida, 100% das famílias que aceitaram o processo de captação de órgãos assim fizeram num período menor que doze horas subsequentes à abordagem inicial. Fato ainda relevante que tal feito deu-se independente de distâncias geográficas (familiares em outros municípios).

Sabendo da importância da agilidade que envolve todo o processo de doação de órgãos o Ministério da Saúde em parceria com o Sistema Nacional de Transplantes realizou uma campanha sobre o tema, onde enfatizava a necessidade de não se perder tempo para ser um doador de órgãos, pedindo através de seu slogan que o elo familiar desde já se interessasse do seu desejo de ser um doador, afirmando: “O tempo é a questão mais preciosa do ponto de vista de quem espera por um órgão, onde para ser um doador não é preciso perder tempo: apenas avise sua família a quem cabe à resposta final para que a doação ocorra”. - Campanha Nacional de Incentivo à Doação de Órgãos com o slogan “Tempo é Vida¹⁰”.

6 CONCLUSÃO

O processo de detecção, manutenção e captação de órgãos e tecidos envolve uma logística ampla que o conduz para a efetividade dos transplantes. Necessita além do conhecimento técnico-científico da equipe de saúde, um entrosamento entre a mesma para que a assistência voltada ao potencial doador seja de modo integral e equânime, atendendo suas necessidades no que diz respeito à manutenção dos órgãos e tecidos a serem captados. Observamos que, dados demográficos (idade, sexo) não foram determinantes para o insucesso da captação de órgãos, porque o foco deve estar sempre voltado para viabilidade do órgão a ser captado.

A vigilância na evolução desfavorável dos pacientes deve ser monitorada. Conforme visualizado neste estudo a Escala de Coma de Glasgow inicial oscilou entre 6/15 a 9/15 para todos os potenciais doadores independente do desfecho (com ou sem captação de órgãos). A

¹⁰ [http://www. http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas_publicitarias/campanha_detalhes.cfm?...](http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas_publicitarias/campanha_detalhes.cfm?...)

vigilância e a monitorização rigorosa envolvendo toda a equipe multiprofissional foi fundamental, sendo exercida não somente na Unidade de Terapia Intensiva, mas encontra-se introjetada na equipe multiprofissional do Pronto Atendimento. Visto que houveram potenciais doadores detectados em ambos os serviços com evolução favorável para captação de órgãos.

As intercorrências clínicas não foram preditores de insucesso, verifica-se fundamental importância na capacidade de manutenção do potencial doador. Além da ressuscitação hemodinâmica, especial atenção para o controle térmico que pode ser mantido e monitorado com medidas simples envolvendo reaquecimento ativo interno e externo. Outras condutas clínicas foram executadas de maneiras diversas, e a manutenção do potencial doador se deu de modo eficaz, porém, acreditamos que com a existência de um protocolo institucional referente ao processo de captação, tais condutas se tornariam análogas, contribuindo ainda mais para o sucesso já existente na Unidade em estudo. As intercorrências durante o processo logístico para captação de órgãos e tecidos são situações passíveis de acontecer quando se trata de pacientes portadores de morte encefálica, uma vez que o organismo tende a se tornar inviável com o decorrer do tempo. Porém, não são necessariamente preditoras do insucesso do trabalho a ser executado, pois, o que predirá o êxito da captação de órgãos será a capacidade de manutenção do potencial doador.

A detecção precoce do potencial doador é fundamental, mas ainda esbarra-se em questões sociais, éticas e culturais quanto ao consentimento familiar. A indecisão ou negativa familiar continua sendo o maior fator impeditivo de transformar um potencial doador em doador com órgãos transplantados. Na logística do processo é preciso investir em campanhas nacionais e internas - nos serviços - enfatizando na comunidade a necessidade de se interar do desejo de seus familiares em serem doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Evitando assim deixar esta discussão para situações súbitas de morte, para não se perder para ser um doador de órgãos. Entendendo a preciosidade do tempo para quem espera pela doação de órgãos, para estes “Tempo é vida”.

The Logistical Process of Organ retrieval

ABSTRACT

The present study, portrays the logistical process that involves the organ and tissues retrieval in the intensive care unit at Santa Casa da Misericórdia, in Barbacena-MG. It is a research of qualitative character, that was developed after the approval by the ethics committee in research, as well as the approval of the conceding institution. The obtained results originated from the active search in institutional documents and in records of the patients` medical records that configure as potential donors and donors with transplanted organs in the period of January 2009 and May 2012, from eighteen patients, potential organ and tissues donors, from those, eleven evolved to donors with organs transplanted and seven without organ transplant. In the study were observed some characteristics such as sex, initial complaint in the hospital admission, types of transplanted organs and existent interurrences during the process of organ transplant, among them, the hemodynamic instability, intolerance to the apnea test and the family approach.

Key Words: Encephalic death. Transplants. Logistics.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 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 dá outras providências. Brasília, set., 1997. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm#>>. Acesso em: 09 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Doação de órgãos**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas_publicitarias/campanha_detalhes.cfm?co_seq_campanha=2324>. Acesso em: 29 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, 21 de outubro 2009. Aprova o regulamento técnico do sistema nacional de transplantes. Brasília: 21 out. 2009. Disponível em: <www.transplantes.pe.gov.br/.../anexos_cihdott.doc>. Acesso em: 23 ago. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº292, de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. **Conselho Federal de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ 7 jun. 2004. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>>. Acesso em: 01 abr. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Portaria nº 11.236 , 13 de dezembro de 1995. Dispõe sobre doação de órgãos e tecidos passíveis de serem transplantados e adota

outras providências. Brasília: 13 dez. 1995. Disponível em:
<www.legislacao.pr.gov.br/.../listarAtosAno.doc?>. Acesso em: 24 ago. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº1480, 8 de agosto 1997. Dispõe sobre o regulamento do termo de declaração de morte encefálica, através de exames clínicos e complementares. Brasília: 8 ago. 1997. Disponível em:
<www.portal.medico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997htm> Acesso em: 20 ago. 2012.

MORATO, Eric Grossi. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revista de Medicina de Minas Gerais**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em:
<rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/164/147>. Acesso em 12 mar. 2012.

NOTHEN, R.R. **A doação de órgãos no cenário da unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Artemed/Panamericana, 2010. 59p.

PACHECO, B. dos S.; CAMPOS, P. da C.; SILVA, C. R. M. da. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Revista Eletrônica ACTA Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Londrina, 2007. Disponível em: <www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_13_1305924890.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

ROZA, B. de A. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: Intencionalidade de um nova doação**. 2005. 146f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/adm/dc/opo/teses.../Tese%20Bartira.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

ROZA, B. de A.; ODIERNA, M, T, A, S.; LASELVA, C, R. Cuidados com doador de órgãos. *In*. KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 48, p.541-551.

SILVA, M. de L. **Posicionamento da população de Paracatu mediante o processo de doação de órgãos para transplantes**. 2010. 61 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Faculdade Tecsoma, Paracatu, 2010. Disponível em: <www.tecsoma.br/trabalhos_conclusao.../maria%20de%20lurdes.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2012.

VILIBOR, R, A. Morte encefálica e manejo do potencial doador. *In*: AZEVEDO, L. C. P. de. **Medicina intensiva baseada em evidências: Disciplina emergências clínicas HC-FMUSP**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap30, p309-315.

WESTPHAL, G. A. *et al.* Diretrizes AMIB para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador falecido. São Paulo: AMIB, 2011.

Anexo I

Formulário para Busca Ativa em prontuários da CIHDOTT

- 1) Local da suspeita de M.E:
 - Pronto Atendimento
 - UTI

- 2) Tempo em ECG= 3 que se iniciou o 1º teste para M.E.:
 - 12 a 24h
 - 24 a 48h
 - 48 a 72h
 - > 72h

- 3) Intervalo entre a realização do 1º e 2º teste de M.E.:
 - 6 a 12h
 - 12 a 24h
 - >24h

- 4) Intercorrecia durante a realização dos testes de M.E.?
 - Instabilidade hemodinâmica
 - Intolerância ao teste de apneia
 - hipotermia

- 5) Exames laboratoriais
 - sódio sérico em níveis normais (entre 135 e 150)
 - sódio sérico maior que 160
 - Tempo de realização da coleta
 - rotina 24/24h
 - 6/6h

- 6) Abordagem da família:
 - positiva
 - negativa
 - dificultada devido acesso ao familiar (indisponibilidade de tempo, distancia geográfica, etc...)

- tempo de resposta >12h
- tempo de resposta >24h
- tempo de resposta >72h

7) Arteriografia

- realizada
- não realizada
- indisponibilidade do aparelho
- inacessibilidade ao aparelho (fim de semana, feriado, etc...)
- aparelho em manutenção
- transporte e/ou equipe de transporte indisponível
- instabilidade hemodinâmica do doador elegível

8) Equipe de captação de órgãos:

Deslocamento até o centro de captação, após o diagnóstico confirmado de M.E.

- 6 a 12 h
- >12h
- >24h

Houve indisponibilidade da equipe de captação.

- sim
- não

9) Tempo de resposta da captação: desde a confirmação de M.E até captação do órgão, no Bloco cirúrgico:

- 6h
- 6 a 12h
- >12h

Há algum item não especificado?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Observações _____

