

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUANA CRISTINA HEBERLE

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS:  
ENTREVISTA FAMILIAR**

CURITIBA

2017

L.C. HEBERLE

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS:  
ENTREVISTA FAMILIAR

2017

ENTREVISTA FAMILIAR



LUANA CRISTINA HEBERLE

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS:  
ENTREVISTA FAMILIAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2017

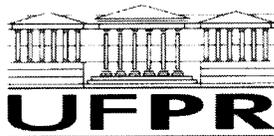
Heberle, Luana Cristina  
Atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos: entrevista familiar / Luana  
Cristina Heberle – Curitiba, 2017.  
115 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências  
da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Entrevista. 3. Família. 4. Obtenção de tecidos e órgãos. I. Bernardino,  
Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LUANA CRISTINA HEBERLE** intitulada **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: ENTREVISTA FAMILIAR**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 04 de Agosto de 2017



ELIZABETH BERNARDINO

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)



LEOMAR ALBINI

Avaliador Externo ( )



KARLA OROZETA FIGUEIREDO

Avaliador Externo (UFPR)

Dedico esta dissertação às minhas filhas Maria Eduarda e Melissa, que me apoiaram e me ajudaram durante todo o tempo que estive desenvolvendo este trabalho.

Dedico também a minha chefia direta Dra. Arlene Badoch por todo incentivo e apoio. Também a minha orientadora Dra. Elizabeth Bernardino, por sua competência, atenção e paciência.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela vida, bênçãos, proteção e pelas pessoas que colocou em minha vida para me possibilitar esta conquista.

A orientadora Dra. Elizabeth Bernardino por sua sabedoria no ensino.

A minha chefe, Dra. Arlene e colegas de trabalho pela compreensão.

As minhas filhas, pelo estímulo, torcida e por todas as vezes que aceitaram como resposta “depois do mestrado”.

A ajuda da minha mãe Marlene e meu irmão João Vitor, como ele diz “pesquisa é evolução”.

Ao amigo Agnaldo, seu auxílio foi fundamental para iniciar e concluir este mestrado.

A minha tia Marceli, ao meu primo José Otávio, e as amigas Thieny, Silvia e Luana Kira pela colaboração no trabalho. A Rita pelo carinho, apoio e docinhos.

Aos colegas do mestrado pela cooperação recebida durante o curso, em especial a Josiane por sua amizade, sem o seu incentivo e ajuda eu não teria chego até aqui.

As professoras do programa, pelo aprendizado que transcendeu a academia e levo para a vida, em especial as professoras Lillian Daisy e Márcia pelo impulso para eu continuar.

A banca de qualificação e defesa pela contribuição com o trabalho, e, aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) que foi fundamental para meu entendimento referente às pesquisas científicas.

A todos os enfermeiros que participaram da pesquisa, cederam seu tempo e conhecimento para o desenvolvimento deste estudo.

A todos os profissionais que se doam a este complexo processo da doação e transplante, e, a todas as famílias que transformam sua perda em solidariedade.

### Quando eu morrer

Quando eu morrer vou descansar, dormir, mas não sonhar, nem acordar até Jesus voltar.

Quando eu morrer creio que alguns vão chorar, poucas lágrimas vão derramar, pois o sorriso vai voltar quando recordarem que assim, sorrindo, vi a vida passar.

Quando eu morrer, meus órgãos desejo doar, muitas vidas salvar e famílias ajudar.

Quando eu morrer, não envie flores, elas vão murchar pois não poderei regar, cuidar e apreciar.

Quando eu morrer não fique triste, lembre-se que Deus existe, aqui vivi, aprendi e cumpri minha missão, só me guarde em seu coração.

Quando eu morrer de nada vou lembrar, como num piscar de olhos vou acordar, a cidade santa desejo alcançar e nela eternamente morar.

## RESUMO

O presente trabalho refere-se à atuação do enfermeiro na entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, com o objetivo de elaborar um guia de orientação para a execução desta complexa etapa. O método da pesquisa caracteriza-se como descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa são enfermeiros dos estados do Paraná, Santa Catarina e São Paulo, que atuam em Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, ou em Organizações de Procura de Órgãos, ou são membro de Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante que executam no processo a etapa da entrevista familiar ou docentes universitários que educam e pesquisam sobre a temática. Após a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa, a seleção dos participantes foi por “Amostragem Bola de Neve”, totalizaram 21 participantes. Para a elaboração do guia através do consenso foi empregada a Técnica Delphi. Foi organizado um guia inicial com orientações, para serem pontuadas entre manter, excluir ou reformular, o instrumento foi enviado aos participantes pela plataforma de pesquisa *Survey Monkey*®, totalizando três rodadas com consenso mínimo estabelecido de 80% e, para a análise dos dados foi empregada a análise de conteúdo. Na primeira rodada foram enviadas 60 questões, 19 participantes responderam, totalizaram 70 comentários, 14 questões obtiveram 100% de consenso, uma foi excluída. Após a análise de conteúdo o guia foi reenviado com 51 questões para a segunda rodada, na qual 16 respondentes participaram, 34 comentários, e, apenas 6 questões não atingiram o consenso mínimo estabelecido, sendo uma excluída e 5 reformuladas e reenviadas. Na terceira rodada 15 participantes completaram a pesquisa, não houve comentários e as questões restantes alcançaram o consenso de 80% ou mais. Os resultados da pesquisa evidenciaram quais as orientações e técnicas são prioritárias na etapa da entrevista familiar no processo de doação. O produto final é um guia de orientação para a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, composto de 50 orientações subdivididas em três tópicos referentes ao entrevistador, local da entrevista e entrevista familiar, o qual pode aprimorar a atuação do enfermeiro, e ser utilizado como material auxiliar em capacitações e treinamentos.

Palavras-chave: Enfermagem; Entrevista; Família; Obtenção de Tecidos e Órgãos.

## ABSTRACT

The present work refers to the nurse's role in the family interview in the process of donating organs and tissues for transplantation, with the objective of elaborating a guideline for the implementation of this complex stage. The research method is characterized as descriptive and exploratory, with a qualitative approach. The research participants are nurses from the states of Paraná, Santa Catarina, and São Paulo, who work in a Notification Center, Organ Procurement and Distribution, or in Organ Procurement Organizations, or are members of the Intra Hospital Organ Donation Committee and Tissues for Transplantation that perform on the stage of the family interview or university teachers who educate and research on the subject. After the approval of the project by the ethics committee, the selection of the participants was by "Snowball Sampling", totaling 21 participants. The Delphi technique was used to construct the guide through consensus. An initial guideline was organized, to be scored between maintaining, deleting or reformulating, this instrument was sent to the participants through the Survey Monkey® platform, totaling three rounds with a minimum consensus of 80% and, for data analysis, content analysis. In the first round 60 questions were sent, 19 participants answered, totaled 70 comments, 14 questions obtained 100% consensus, one was excluded. After the content analysis the guide was resent with 51 questions for the second round, in which 16 respondents participated, 34 comments, and only 6 questions did not reach the minimum consensus established, one being excluded and 5 reformulated and resubmitted. In the third round 15 participants completed the survey, there were no comments and the remaining issues reached a consensus of 80% or more. The results of the research showed that the guidelines and techniques are a priority in the stage of the family interview in the donation process. The final product is a guideline for the family interview in the process of donating organs and tissues for transplantation, composed of 50 guidelines subdivided into three topics pertaining to the interviewer, interview site and family interview, which can improve the nurses' performance, and be used as auxiliary material in training.

Keywords: Nursing; Interview; Family; Obtaining Tissues and Organs.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE DOAÇÃO/TRANSPLANTE.....	26
FIGURA 2- EVOLUÇÃO DAS POLITICAS.....	34
FIGURA 3- TÉCNICA DELPHI.....	45

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1- TÉCNICA DELPHI: PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS.....	46
TABELA 2- TÉCNICA DELPHI: RESUMO DAS RODADAS.....	49

## LISTA DE QUADROS

QUADRO I - QUESTÕES RODADA .....	52
QUADRO II - QUESTÕES RODADA .....	67
QUADRO III - QUESTÕES RODADA .....	74

## LISTA DE SIGLAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplantes

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CET – Central Estadual de Transplantes

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos

CNCDO – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

CNT – Central Nacional de Transplantes

IML – Instituto Médico Legal

ME – Morte Encefálica

OPO – Organização de Procura de Órgãos para Transplantes

RBT – Registro Brasileiro de Transplantes

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SNT – Sistema Nacional de Transplantes

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDME – Termo de Declaração de Morte Encefálica

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

PMP – por milhão de população

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1 OBJETIVO.....	20
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
2.1 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	21
2.2 OS NÚMEROS DO BRASIL E DO PARANÁ.....	27
2.3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NO PROCESSO DE DOAÇÃO.....	29
2.4 ENTREVISTA FAMILIAR.....	35
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>42</b>
3.1 TIPO DA PESQUISA.....	42
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	42
3.3 COLETA DOS DADOS.....	44
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	51
4.2 RESULTADOS DA PRIMEIRA RODADA.....	51
4.3 RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA.....	67
4.4 RESULTADO DA TERCEIRA RODADA.....	74
4.5 PRODUTO FINAL.....	76
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>80</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>

<b>APÊNDICE I – CARTA CONVITE.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE III – RESUMO DO PROJETO.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE IV – GUIA DA RODADA 1.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE V – GUIA DA RODADA 2.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE VI – GUIA DA RODADA 3.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE VII – SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DO PESQUISADOR....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO II – ALTERAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE VIII – TEXTO EXPLICATIVO DA RODADA 2.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE IX – TEXTO EXPLICATIVO DA RODADA 3.....</b>	<b>115</b>

## APRESENTAÇÃO

A Doação de Órgãos é um procedimento composto por etapas sequenciais que consiste na remoção do órgão de uma pessoa falecida, com o propósito de transplantá-lo em outra (GARCIA et al., 2015).

No início da minha atuação como enfermeira, realizei pós-graduação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e trabalhando neste setor, vivenciei meu primeiro contato com a temática.

Em 2009, participei de um processo de doação de órgãos, sendo a primeira vez desta ocorrência na Instituição em que trabalhava. Diante desta vivência, acompanhei o protocolo para diagnóstico da morte encefálica (ME), a manutenção hemodinâmica da paciente, a entrevista familiar para oferecer aos entes queridos a possibilidade da doação, a formalização mediante o preenchimento do termo de autorização para remoção de órgãos e tecidos, a cirurgia para a retirada dos órgãos até a finalização, com a entrega do corpo para a família.

Como enfermeira do quadro de pessoal do Estado do Paraná, atuei na UTI de um hospital na região sudoeste e, em 2011, novamente ocorreu o primeiro processo de doação da instituição. Em atuação conjunta com o médico coordenador do setor, participei do protocolo para diagnóstico de ME, da manutenção do potencial doador e da entrevista familiar, da qual a resposta foi afirmativa para doação de múltiplos órgãos.

No ano de 2012 comecei a atuar na Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) de Cascavel, inserida neste complexo processo de doação/transplante, no qual a prática da enfermagem é fundamental, porém pouco conhecida no contexto profissional.

Desde 2015, trabalho na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do Paraná, integrei e participei da implantação da OPO Curitiba, e atualmente atuo na implantação do setor de educação permanente visando à qualificação dos profissionais da saúde de unidades críticas, participo da organização de eventos, e, eventualmente, entrevisto famílias para possibilitar a doação, dentre outras atividades inerentes ao processo.

A ação que desenvolvo com a equipe da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), composta predominantemente por enfermeiros, tem como objetivo a capacitação dos profissionais, pelo desenvolvimento

de habilidades para detectar precocemente, nas unidades críticas, os pacientes que possam evoluir para ME, viabilizar o protocolo para diagnóstico desta condição, incentivar e orientar a adequada manutenção hemodinâmica dos mesmos e realizar o acolhimento e entrevista familiar, com o intuito de incrementar a conversão destes potenciais doadores em doadores efetivos, pois o processo é complexo e exige profissionais qualificados.

Nesse sentido, esta pesquisa foi realizada com o intuito de elaborar um guia de orientação que poderá ser utilizado como uma ferramenta de auxílio e embasamento teórico aos profissionais na entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, bem como material de apoio em cursos envolvendo a temática, além da divulgação deste espaço de atuação em crescente ascensão e com forte tendência à ampliação.

Este trabalho se insere na linha de pesquisa “Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná, e do projeto “Espaços de Atuação do Enfermeiro: Atribuições, Funções, Poder e Visibilidade” sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino.

## 1 INTRODUÇÃO

A terapêutica do transplante é alternativa eficaz no tratamento das doenças terminais de alguns órgãos, e em razão das crescentes tecnologias é uma modalidade segura, com resultados progressivamente melhores (GARCIA et al., 2015; SOUZA et al., 2014; MENDES et al., 2012).

O Brasil tem um programa de transplante consolidado, sendo o segundo do mundo em número absoluto de transplantes dentre 30 países listados, de acordo com dados do *International Registry in Organ Donation and Transplantation* (ABTO, 2015). No período compreendido entre janeiro a dezembro de 2014, os Estados Unidos da América (EUA), lideraram com 17107 transplantes renais e 6729 transplantes hepáticos, o Brasil, nestas mesmas modalidades, realizou 5635 e 1755, respectivamente. Entre janeiro de 2006 a dezembro de 2016, o Brasil realizou mais de 110 mil transplantes de coração, pulmão, pâncreas, rim e fígado (ABTO, 2016).

O Paraná está entre os cinco estados brasileiros que mais realizaram transplantes de órgãos, no período de janeiro a dezembro de 2016, perfazendo o total de 718 transplantes de órgãos (PARANÁ, 2016).

Apesar do crescimento e desempenho apresentados, a necessidade anual de transplantes estimada pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) ainda é inferior ao número absoluto realizado. O web site do Sistema Nacional de Transplantes aponta que, na lista de espera brasileira há mais de 35 mil pessoas, e, na fila estadual, de acordo com informações do web site do Sistema Estadual de Transplantes, em média dois mil paranaenses aguardam por um órgão (ABTO, 2015; SAUDE BR, 2016; SAUDE PR, 2016).

Não há órgãos para todos os potenciais receptores, resultando em mortalidade na lista de espera. No Brasil, ao longo do ano de 2015, morreram 2333 adultos e 64 crianças, enquanto aguardavam a chegada de um órgão para transplante, sendo constatado no Paraná o óbito de 223 adultos e 3 crianças, no mesmo período (ABTO, 2015).

Observa-se que devido ao êxito dos transplantes, as indicações para este procedimento tornaram-se mais liberais, ocorrendo expansão no número de potenciais receptores. Entretanto, esse fato, não aumentou proporcionalmente a oferta de órgãos para transplante (GARCIA et al., 2015; TELES; NOGUEIRA, 2015).

Os órgãos para transplantes podem ser obtidos de doadores vivos – procedimento que apresenta riscos ao doador – ou falecidos, com diagnóstico de morte encefálica. Esta é definida como sendo a parada total e irreversível das funções encefálicas, as funções cardíacas e respiratórias são mantidas de forma artificial e temporária, para permitir a conclusão do diagnóstico e, se possível, possibilitar a doação de órgãos (GARCIA et al., 2015; FREIRE et al., 2015).

O diagnóstico de ME está previsto em lei, sua notificação é compulsória para a Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos, e deve ser realizado em todos os pacientes com suspeita clínica, independente da possibilidade de doação de órgãos (PARANÁ, 2016; BATISTA; SILVA JUNIOR; CANOVA, 2012).

No ano de 2016, ocorreu um total de 10.158 notificações de potenciais doadores em todo país, totalizando 49,7 notificações por milhão de população (pmp), sendo que 7.177 (71%) não foram doadores efetivos. No Paraná foram notificados 956 potenciais, correspondendo há 85,6 notificações pmp, destes 611 (64%) não houve doação. Os índices gerados seguem abaixo da taxa estimada de 14 mil possíveis mortes encefálicas ao ano no país (ABTO, 2016; GARCIA et al., 2015).

O processo de doação de órgãos e tecidos é complexo e envolve a atuação de diversos profissionais da área da saúde, em sua maioria médicos e enfermeiros. Conceitualmente, é um conjunto de ações que visam transformar um paciente potencial em doador efetivo de órgãos para transplante (PARANÁ, 2014; SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Portanto, a detecção de possíveis doadores é o primeiro passo de todo o processo de doação/transplante, e impacta diretamente no número final de doações. Em qualquer parte do mundo, o número de órgãos ainda é insuficiente para atender as crescentes listas de espera, doadores existem, o que falta é a doação (GARCIA et al., 2015; MORAES et al., 2014).

A literatura aborda a temática com preocupação, pois a escassez de órgãos continua sendo uma das maiores barreiras para o transplante. As doações e o aproveitamento de órgãos estão aquém das necessidades das grandes listas de espera (MORAES et al., 2015a; FREIRE et al., 2014).

A concretização do transplante depende da efetivação da doação, que acontece por meio de um processo complexo e dinâmico, sendo permeado, em toda sua extensão, pela atuação do enfermeiro. Seu desempenho é necessário em fases determinantes como a entrevista familiar, em que estes profissionais são articuladores

entre a possibilidade e a efetivação das doações (MORAES et al., 2014; FONSECA et al., 2016).

A legislação brasileira utiliza a doação consentida, portanto, a doação depende da decisão dos familiares, os quais participam de uma entrevista na qual devem ser fornecidas informações e suporte necessário para a tomada de decisão da família. Apesar disso, o conhecimento de todo o processo, o preparo e qualificação do profissional que realiza a entrevista é fundamental para o aceite familiar (GARCIA et al., 2015; CAMATTA et al., 2011).

No que se refere à doação, no País 2.981 foram efetivadas no período entre janeiro e dezembro de 2016, correspondendo a 14,6 pmp. O estado do Paraná alcançou, no mesmo período, 345 doações, taxa de 30,9 pmp, ocupando a segunda posição no ranking brasileiro (ABTO, 2016; SAÚDE PR, 2016).

A recusa familiar no Brasil foi a causa responsável por 43% do índice de não efetivação da doação, seguido de contraindicação clínica para doação (16%), parada cardíaca irreversível antes da conclusão do processo (11%), e, outros motivos (18%). O Paraná acompanha a tendência nacional, em primeiro lugar está a recusa familiar (33%), seguida da contraindicação clínica (27%), parada cardíaca irreversível (10%), com diminuição dos motivos listados como outros (7%) (ABTO, 2016; SAÚDE PR, 2016).

A recusa familiar contribui para que o número de doadores seja insuficiente para atender à demanda crescente de potenciais receptores em lista de espera e, dessa forma, vem sendo apontada como um dos fatores responsáveis pela escassez de órgãos e tecidos para transplante (MORAES; MASSAROLO, 2009; BATISTA; SILVA JUNIOR; CANOVA, 2012; DALBEM; CAREGNATO, 2010).

O aprimoramento da entrevista depende da capacitação do entrevistador por meio de curso e atualização dos profissionais envolvidos no processo, de forma contínua e permanente, proporcionando conteúdo técnico e científico para sua realização (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012a; GÓMEZ; SANTIAGO, 2008).

O preparo do entrevistador é um fator relevante para a redução da negativa familiar, mas existem barreiras no processo de aprendizagem que o tornam lento, como a morosidade burocrática para realizar capacitações, disponibilidade dos participantes, alta rotatividade de profissionais tanto nos setores quanto nas

instituições, logo, estratégias que ajudam na capacitação podem auxiliar para que as entrevistas familiares sejam exitosas.

Considerando que:

1. A lista de espera por transplante representa uma realidade, um tema relevante e que este tratamento terapêutico é muitas vezes a chance de sobrevivência e de qualidade de vida para muitos pacientes;
2. Há um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de órgãos, e há possibilidade concreta de incrementar o número de transplantes pelo aumento da taxa de consentimento familiar;
3. A entrevista é uma etapa decisiva que interfere nas taxas de consentimento das famílias, e se realizada de maneira adequada pode favorecer a doação;
4. A entrevista é um espaço de atuação dos enfermeiros no processo de doação de órgãos - legalmente prevista;
5. A elaboração de um guia de orientação para o enfermeiro pode auxiliar na entrevista e na efetividade do processo de doação.

Pergunta-se: Como deve ser a Atuação do Enfermeiro na Entrevista Familiar no Processo de Doação de Órgãos?

### 1.1 OBJETIVO

- Elaborar um guia de orientação do enfermeiro para a entrevista familiar no processo de doação de órgãos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

A identificação precoce do paciente com sinais clínicos de ME, nas unidades críticas, com a detecção do paciente em ventilação mecânica, coma profundo, com graduação 3 na Escala de Coma de Glasgow<sup>1</sup>, e, com causa conhecida, é o passo inicial de todo o processo (GARCIA et al., 2015; SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012b).

Sendo assim, uma das atividades do enfermeiro é realizar diariamente a busca ativa em unidades que mantêm pacientes em suporte ventilatório, para detectar precocemente a existência de doentes em coma irreversível, arreativo e aperceptivo, bem como viabilizar com a equipe médica o Protocolo para Diagnóstico de Morte Encefálica. Esta situação clínica requer manutenção intensiva para o adequado manejo hemodinâmico do paciente (MORAES et al., 2014; CAMATTA et al., 2011).

Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480 de 08 de agosto de 1997, vigente na atualidade, os pacientes passíveis de serem incluídos em protocolo para diagnóstico de ME não devem estar hipotérmicos e nem apresentar distúrbios metabólicos graves, além de respeitar o tempo de suspensão de drogas depressoras do sistema nervoso central, variável de acordo com o tipo de medicação utilizada. A ME será caracterizada através da realização de exames clínicos e de imagem durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias (CFM, 1997).

Para que os exames clínicos sejam considerados positivos, os reflexos do tronco encefálico devem estar ausentes, e condições que impossibilitem a realização do teste de um dos reflexos inviabilizam o prosseguimento do protocolo (CFM, 1997; PARANÁ, 2014; PARANÁ, 2016).

O médico realiza o teste de apneia para verificar o estímulo do centro respiratório, coleta-se uma gasometria arterial, o ventilador mecânico é desconectado do tubo orotraqueal e deve ser inserido um cateter para fornecer o oxigênio. Durante

---

<sup>1</sup> A escala de coma de Glasgow foi publicada oficialmente por Teasdale e Jennet em 1974 na Universidade de Glasgow, na revista Lancet, como uma forma de se avaliar a profundidade e duração clínica de inconsciência e coma. Essa escala permite ao examinador classificar objetivamente as três principais respostas do paciente ao ambiente: abertura dos olhos, verbalização e movimento. Em cada categoria, a melhor resposta recebe uma nota. O escore total máximo para uma pessoa totalmente desperta é de 15. Um escore mínimo de 3 indica um paciente completamente não responsivo (OLIVEIRA; PEREIRA; FREITAS, 2014).

10 minutos o paciente é permanentemente monitorado para averiguar se apresenta estímulo respiratório; decorrido este tempo é coletada nova gasometria arterial e reconectado o ventilador. O resultado da Pressão Parcial de Gás Carbônico (pCO<sub>2</sub>)<sup>2</sup> indica se o teste é positivo ou inconclusivo. Se o valor da pCO<sub>2</sub> final for igual ou maior que 55 mmHg o resultado é positivo, e valores abaixo deste representam resultado inconclusivo. É negativo se o paciente apresentar qualquer tentativa de incursão respiratória (ANDRADE et al., 2007; PARANÁ, 2014).

A resolução CFM nº 1480 exige um exame de imagem complementar, sendo que os mais utilizados no estado são a arteriografia cerebral e o Doppler Transcraniano, que demonstram se há ou não fluxo sanguíneo. O eletroencefalograma que evidencia a atividade elétrica cerebral e a cintilografia que demonstra a função cerebral também podem ser utilizados. Dependendo da faixa etária do paciente há obrigatoriedade de repetição do exame complementar (PARANÁ, 2014; TELES; NOGUEIRA, 2015).

Todos os exames do protocolo para diagnóstico devem ser registrados no Termo de Declaração de Morte Encefálica (TDME), documento emitido pela Central de Transplantes, em três vias. Seus campos devem ser preenchidos corretamente, sem rasuras, pelos médicos que realizaram cada uma das etapas do protocolo, com sua respectiva assinatura e carimbo (PARANÁ, 2016).

Após a execução do protocolo, sendo o resultado de todos os exames positivos, o diagnóstico de morte encefálica é confirmado e o horário do último exame realizado corresponde à hora do óbito. A ME é a constatação irremediável e irreversível da lesão neurológica, significando assim a morte clínica, legal e social (PARANÁ, 2014; TELES; NOGUEIRA, 2015).

Com a morte encefálica ocorrem diversas alterações fisiopatológicas que afetam o controle pressórico, hormonal e respiratório. A manutenção hemodinâmica é essencial para concretizar a doação, pois minimizam as perdas de potenciais doadores por más condições clínicas, por parada cardiorrespiratória, mantém a viabilidade dos órgãos e melhora as condições do enxerto pós-transplante (PARANÁ, 2016; TELES; NOGUEIRA, 2015).

O diagnóstico de ME deve ser realizado independente da possibilidade ou não de doação dos órgãos (PARANÁ, 2014; PARANÁ, 2016).

---

<sup>2</sup> O aumento da pressão parcial de gás carbônico (PCO<sub>2</sub>) a níveis iguais ou maiores que 55 mmHg é considerado suficiente para estimular os centros respiratórios (ANDRADE et al., 2007).

O formulário de notificação de ME é preenchido pelos membros da CIHDOTT ou por enfermeiros e médicos da unidade. Constam de informações gerais do paciente, detalhamento da história clínica, exame físico minucioso e exames laboratoriais específicos para avaliação da preservação de cada órgão (PARANÁ, 2016; FREIRE et al., 2015).

De posse da ficha de notificação enviada pelos hospitais notificantes, os profissionais médicos da CNCDO, analisam detalhadamente os registros nela contidos a respeito da condição clínica, laboratorial e sorológica do paciente, história da ocorrência que motivou a internação atual e demais informações pertinentes, para a validação ou não do paciente como possível doador de órgãos e tecidos.

No hospital, o enfermeiro orienta e acompanha a equipe de saúde para informar e esclarecer os familiares do início do protocolo para o diagnóstico de ME e dos resultados de cada etapa. Este cuidado é de suma importância para a aceitação desta condição (MORAES et al., 2014; SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012a).

Após a conclusão do protocolo, a família recebe a comunicação do óbito – má notícia – que altera drásticamente e negativamente a perspectiva da família em relação ao futuro (MORAES et al., 2015b; SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012b).

Posteriormente, é realizada a entrevista com a família para possibilitar a decisão sobre a doação dos órgãos, pois a Lei Federal Brasileira 10.211/2001 exige o consentimento familiar, ou seja, a doação só ocorre quando é autorizada pelo responsável legal (BRASIL, 2001; CAMATTA, et al., 2011).

Se houver contraindicação ou caso a família seja contrária à doação, o corpo deve ser entregue para seus familiares realizarem os procedimentos funerários. Sendo assim, o médico deve suspender o suporte terapêutico oferecido por equipamentos e medicações, conforme a Resolução do CFM nº 1.826 de 24 de outubro de 2007 (CFM, 2007).

Se a família optar pela doação, responde a um questionário da história médica e social com informações pregressas, e um responsável legal e duas testemunhas devem assinar um Termo de Autorização para Remoção de Órgãos e Tecidos (PARANÁ, 2016).

Toda a documentação referente à conclusão do diagnóstico de ME, bem como da autorização da família em relação à doação de órgãos e tecidos é enviada pela CIHDOTT para a Organização de Procura de Órgãos, momento em que os enfermeiros das OPOs fazem a conferência da mesma, solicitam adequações caso

necessário e, em seguida, inserem os dados do potencial doador no Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

A referida documentação é repassada para os enfermeiros do plantão técnico da CNCDO, que realizam nova conferência dos documentos e das informações já inseridas no sistema informatizado. Na opção distribuição gera o ranking, ou seja, a lista de espera de pacientes compatíveis de cada órgão doado, de acordo com os critérios da legislação vigente, do cruzamento dos dados do potencial doador e dos potenciais receptores, dos registros acerca da compatibilidade de doador/receptor com critérios específicos por órgão, além da ordem cronológica de inscrição do receptor na lista de espera.

A lista é gerada primeiramente a nível estadual e, caso não haja receptor ou aceite da equipe transplantadora no Estado, o órgão é disponibilizado para a Central Nacional de Transplantes (CNT), para ser ofertado para a fila de espera nacional, seguindo, além dos parâmetros acima especificados, a possibilidade logística.

Cada equipe responsável pelo paciente para qual o órgão é ofertado via e-mail e telefone pelo plantão da CNCDO, tem uma hora para análise e aceite ou não do órgão. Nos casos de recusa, o médico deve justificar via e-mail o motivo, o qual ficará anexado ao prontuário da doação.

Quando finalizada a distribuição dos órgãos e definida a logística, as equipes se deslocam até o hospital onde se encontra o potencial doador para realizar a cirurgia de extração dos órgãos e tecidos doados. O procedimento é realizado no centro cirúrgico, com a presença de um anestesista, para garantir a manutenção hemodinâmica do paciente até o momento em que os transplantadores iniciam a perfusão do líquido de preservação, utilizado para garantir um tempo específico, variável de acordo com o líquido e cada órgão, até o implante no potencial receptor.

Os órgãos são acondicionados conforme preconização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e transportados em caixas térmicas com gelo até o hospital onde se encontra o potencial receptor para o transplante.

O entrevistador deve manter contato e acompanhar a família até a entrega do corpo, checando se a recomposição do mesmo está adequada. Se a causa do óbito foi natural, os familiares recebem a declaração de óbito, se a causa do óbito foi violenta, o corpo é encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML), onde será realizada a necropsia e só então ocorrerá à emissão da declaração de óbito (PARANÁ, 2014).

Todo o processo de doação envolve uma elevada demanda burocrática, e no Paraná o preenchimento é realizado principalmente pelos membros da CIHDOTT, formada geralmente por enfermeiros. Os formulários são repassados para os plantões técnicos da OPO e para a CNCDO que também são compostos por esta categoria profissional.

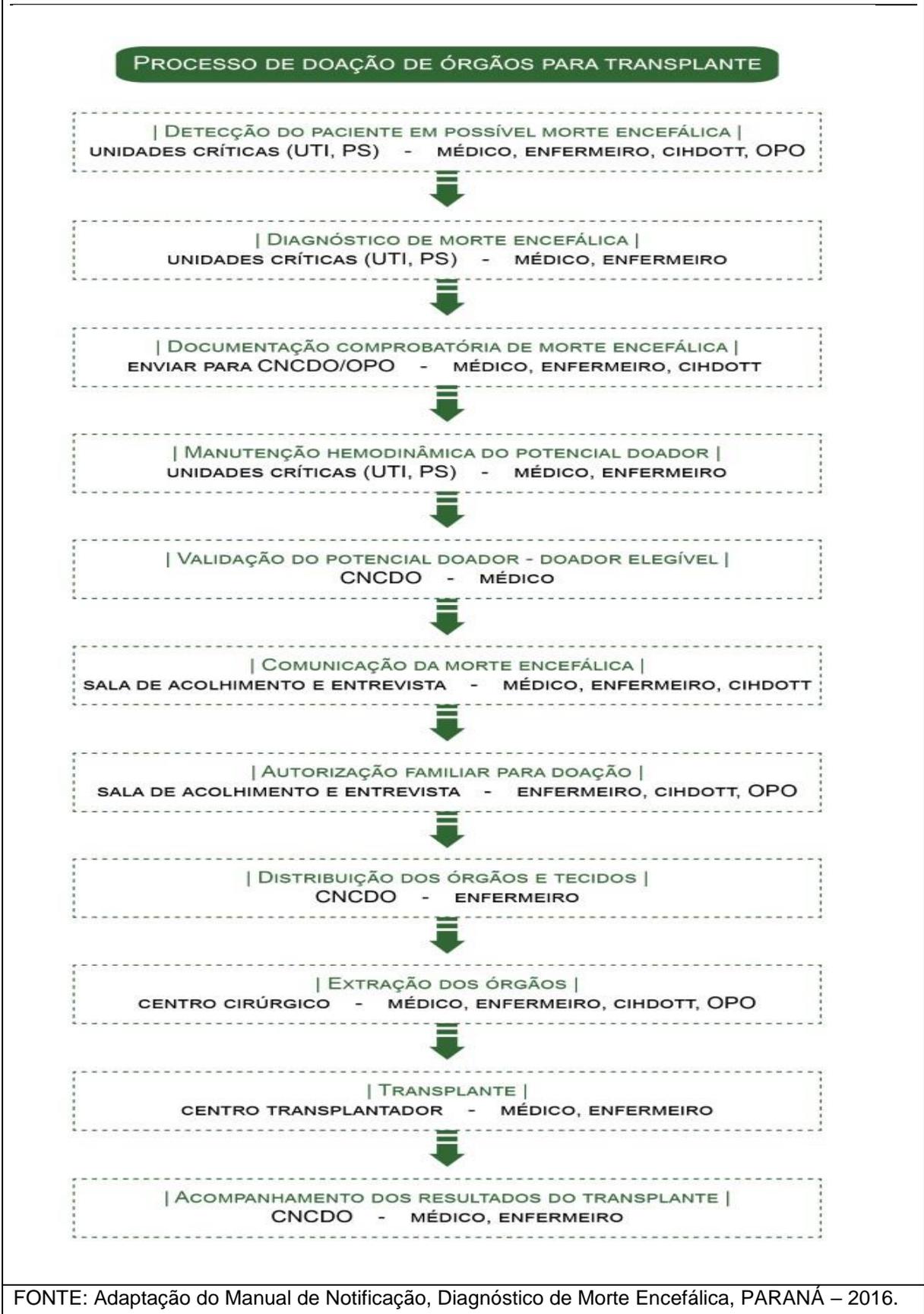
A meta proposta para a execução adequada de todas as etapas do processo de doação de órgãos e tecidos é de, no máximo, 18 horas. Atualmente, a capacidade de transformar um paciente em morte encefálica em um doador efetivo de órgãos, é um dos principais indicadores de qualidade das instituições hospitalares (KNIHS et al., 2014; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Os profissionais que executam todo este processo precisam ter um elevado nível de conhecimento técnico – científico, equilíbrio emocional e sensibilidade para desenvolver uma relação empática com os familiares, para que possam contribuir efetivamente nas diversas etapas do processo doação transplante. Nesta perspectiva há possibilidade de aceite da família quanto à doação dos órgãos, haja vista que sem doação não há transplante (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012a; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Finalizada a extração dos órgãos, o corpo do doador é liberado. No centro transplantador o implante é realizado, e, tanto as condições clínicas do doador e receptor, bem como o tempo transcorrido entre a extração e o implante do órgão, podem interferir no pós transplante. Os resultados são acompanhados pela CNCDO.

A figura 1 mostra as etapas do processo, onde ocorrem e quem as realiza, destacando a presença do enfermeiro em cada uma delas, exceto na validação do potencial do doador, que fica a encargo das médicas da CNCDO.

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE



## 2.2 OS NÚMEROS DO BRASIL E DO PARANÁ

O Brasil possui atualmente, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2015, uma população de 202.768.562 habitantes, e, tem em seu território 6749 hospitais, sendo 1347 nas capitais e 5402 no interior, disponibilizando, assim 477.227 leitos hospitalares gerais e 41.068 leitos de unidade de terapia intensiva (ABTO, 2016).

O Sistema Nacional de Transplantes é responsável pelo controle e monitoramento dos transplantes de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano, realizados no Brasil. A coordenação nacional do SNT é exercida pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplante (CGSNT). A Central Nacional de Transplantes (CNT) está sediada em Brasília (SAÚDE BR, 2016).

São instâncias de natureza consultiva de assessoramento as Câmaras Técnicas Nacionais (CTN) e o Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE). Para exercer as atividades pertinentes às unidades federadas foram criadas, em cada estado e vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde, as CNCDO (SAÚDE BR, 2016).

A taxa de doadores efetivos do país em 2016 cresceu 3,5%, atingindo 14,6 pmp. Os três estados da região sul ultrapassaram a meta para o ano e a região alcançou 30,1 pmp, sendo a região melhor classificada estatisticamente no país referente à doação de órgãos e tecidos (ABTO, 2016).

A região Sul é composta por uma população de mais de 29 milhões de habitantes, e deteve em 2015 uma taxa de doadores efetivos de 23,7 pmp, o que demonstra o crescimento apresentado em 2016. Dentre os três estados, Santa Catarina lidera as doações com uma taxa de 30,2 pmp em 2015 e 36,8 pmp em 2016 (ABTO, 2015; ABTO, 2016).

O Estado do Paraná, de acordo com IBGE (2015), tem uma população de 11.081.692 habitantes, possuindo em seu território 467 hospitais. Destes, 60 na capital e região metropolitana e 407 distribuídos no interior, os quais disponibilizam 29619 leitos gerais e 2668 leitos de unidade de terapia intensiva (ABTO, 2015; ABTO, 2016).

O estado do Paraná foi destaque no país pelo seu rápido crescimento anual de 42%, apresentando uma taxa de 21,6 pmp em 2015 para 30,9 pmp em 2016 com 345 doadores efetivos, passando da quinta para segunda colocação nacional. No

período de janeiro a agosto de 2017, a doação aumentou, ultrapassando os 37 pmp. A taxa do estado em 2011 era de 10,7 pmp (ABTO, 2015; ABTO, 2016; SAÚDE PR, 2017).

O aumento da taxa de doação, representa também aumento no número de transplantes, no período de janeiro a agosto de 2011 foram realizados 179 transplantes, no mesmo período de 2017 foram realizados 542 transplantes de órgãos (SAÚDE PR, 2017).

O Sistema Estadual de Transplantes (SET) do Paraná é composto por uma CNCDO, três OPOs instituídas em Cascavel, Maringá e Londrina, em fase de implantação OPO para Curitiba e Região Metropolitana, 67 CIHDOTTs, e atualmente 85 centros transplantadores, sendo 14 de transplante renal, 05 de transplante hepático, 05 de coração, 22 de córneas, 03 de pâncreas, 03 de rim e pâncreas conjugados, 21 de ossos, 11 de valvas, 07 de medula óssea, 02 de pele; além de 05 bancos de tecidos oculares, 01 banco de válvulas cardíacas, 01 banco de pele humana, 01 banco multitecidos, hospitais notificantes e laboratórios de imunogenética que realizam exames específicos de compatibilidade e laboratórios para exames sorológicos (SAÚDE PR, 2017).

Com uma área territorial de 199.314,85 km<sup>2</sup>, o estado possui vinte e duas Regionais de Saúde, a CNCDO está sediada na 2ª regional em Curitiba, coordenando as OPO localizadas em Cascavel, Londrina, Maringá respectivamente na 10ª, 17ª e 15ª regionais de saúde (SAUDE PR, 2016).

Historicamente, o Paraná apresentou também um aumento significativo referente aos números de notificações, apresentando sua taxa mais baixa de notificações no ano de 2010 de 35,4 pmp, em 2015 apresentou 66,2 pmp e encerrando 2016 em segundo lugar com sua mais alta taxa de 85,6 pmp, representada por 956 notificações de morte encefálica. No país esta taxa está em 49,7 pmp (ABTO, 2016).

Destas notificações, 611 pacientes (64%) não foram doadores. Foram realizadas 561 entrevistas familiares das quais 187 (33%) famílias recusaram a doação. A taxa conquistada pelo estado é a mais baixa do país, onde 43% das famílias entrevistadas negaram o consentimento. Por contraindicação médica (CIM) 258 pacientes em morte encefálica não tinham condições para serem doadores (27%), 96 pacientes evoluíram para parada cardíaca irreversível (PCR) durante o processo (10%) e por outras causas 70 pacientes (7%) também não doaram. No Brasil essas

causas representam respectivamente 16%, 11% e 18% de não efetivação das doações de órgãos (ABTO, 2016).

O Paraná também é destaque nos transplantes, é o segundo estado no país com 74,2 pmp. No transplante renal, é o primeiro com 48,6 pmp, dos três estados brasileiros que apresentaram taxa superior a 40. No transplante hepático o estado é o segundo com maior número absoluto de transplantes realizados em 2016 no país com 214, ficando como quarto colocado com 19,2 pmp. O estado assegurou ainda o primeiro lugar no transplante de pâncreas com 3,9 pmp (ABTO, 2016).

O Paraná está ainda entre os estados brasileiros com maior taxa de pacientes em lista, sugerindo assim que a maioria dos pacientes que necessita de transplantes estão sendo direcionados e conseguindo acesso a lista de espera, haja vista que o acesso no estado é tratado como prioridade, assim como a doação, o transplante e a melhora contínua dos resultados (ABTO, 2016).

### 2.3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NO PROCESSO DE DOAÇÃO

No Brasil, os transplantes foram iniciados na década de 1960, se deu primeiramente de uma maneira pouco estruturada, baseada em normas locais e regionais. Até então, a procura por doadores era realizada pelos próprios transplantadores nas unidades de tratamento de pacientes graves, não havendo uma organização voltada especificamente para o processo (MENDES et al., 2012).

Contudo, a doação tem evoluído no Brasil nas últimas décadas a partir da regulamentação de leis, destacando-se mundialmente pelo seu programa público na área. O Sistema Único de Saúde (SUS) financia mais de 95% dos transplantes realizados no país, subsidiando todos os medicamentos imunossupressores para os pacientes transplantados (PRADO; DIAS; CASTRO, 2014; REIS et al., 2010).

A primeira lei sobre o assunto foi a Lei Federal nº 5.479 de agosto de 1968, que dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica. Esta lei foi aperfeiçoada em 1992 com a promulgação da lei nº 8.489. (ABTO, 2009).

A partir de 1968, com a publicação da lei de transplantes, entra em vigor a doação de órgãos pelo consentimento informado, no qual a decisão sobre a doação pertencia aos familiares do potencial doador (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010).

A Lei Federal nº 9.434, instituída em 04 de fevereiro de 1997, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências como transferir o consentimento para o modo presumido, no qual o cidadão contrário à doação necessitava registrar sua decisão no documento de identificação (BRASIL, 1997).

A doação presumida, aplicada em países como Espanha, Portugal e Itália, não atingiu respaldo na sociedade brasileira e causou alarde na população, transformando-se numa ação negativa para todo o processo (SILVA et al., 2006).

A Lei 9434/97 em seu art. 13 trata também sobre a notificação de morte encefálica, destacando que é obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar às CNCDO de onde ocorrer o diagnóstico de ME feito em pacientes por eles atendidos (BRASIL, 1997).

A notificação de potenciais doadores as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos em estado de Morte Encefálica por todos os estabelecimentos de saúde, credenciados ou não ao Sistema Único de Saúde, é obrigatória pela Lei Estadual nº. 11.236/95 e pela Lei Federal nº. 9.434/97. (PARANÁ, 2014).

A Resolução n. 1.480 de 08 de agosto de 1997 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que trata dos critérios para a determinação da ME e orientam o assunto, em seu art. 4º- Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra espinhal e apneia (CFM, 1997).

O Manual de Transplantes da CET-PR (2014) discorre sobre o critério diagnóstico da morte encefálica:

Conforme a Resolução CFM nº. 1.480, de 8 de agosto de 1997, que estabelece os critérios para a determinação da ME, esta é caracterizada através da realização de exames clínicos e complementar durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. Esses dados, quando da caracterização da Morte Encefálica, deverão ser registrados no Termo de Declaração de Morte Encefálica. Há necessidade de duas etapas de exames clínicos que investiguem a presença de resposta encefálica (cérebro e tronco cerebral). As avaliações clínicas devem ser realizadas por dois médicos diferentes, de modo que uma delas seja efetuada por um neurologista, neurocirurgião ou neuropediatra. Estes médicos não podem fazer parte de equipes de captação e/ou transplante. É necessária também a realização de um exame complementar (PARANÁ, 2014, p.17).

O diagnóstico de ME deve respeitar todas as orientações da resolução nº 1.480/97 do CFM, para todos os pacientes com suspeita, independentemente da possibilidade de doação de órgãos. O diagnóstico é dever do médico, obrigação da instituição e direito da família.

O SNT foi criado pelo decreto nº 2.268/97 que regulamentou a Lei nº 9.434/97 citada anteriormente. A Portaria GM/MS n. 3.407 de 05 de agosto de 1998 estabelece o Regulamento Técnico do Sistema Nacional (CICOLO, ROZA; SCHIRMER, 2010).

O sistema é responsável pelo controle e pelo monitoramento de todos os transplantes de órgãos e tecidos realizados no Brasil. Também é responsável pela gestão política, promoção da doação, credenciamento das equipes e hospitais envolvidos no transplante, elaboração de portarias que regulamentam o processo desde a captação até o acompanhamento pós transplante, além da administração dos transplantes financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Nacional de Transplantes está presente nos estados por meio das CNCDO (SAÚDE BR, 2016).

A CIHDOTT foi criada a partir de 2001, por determinação da portaria GM/MS nº 905/2000, baseadas no modelo espanhol, desempenhando importante papel no processo de doação-transplante, com o intuito de ampliar qualitativa e quantitativamente a doação de órgãos, permitir identificação precoce dos potenciais doadores e melhor organização do processo (MARINHO; CARDOSO, 2007).

Em 23 de março de 2001 é decretada e sancionada a Lei 10.211 que altera a Lei 9.434/97. Devido ao seu advento, não basta à manifestação da vontade, mas sim a autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas, voltando-se a utilizar, portanto, o consentimento familiar (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2001).

Nos casos em que a família opta pela não doação, a resolução do CFM 1.826 de 6 de dezembro de 2007 resolve em seu artigo 1º que é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 (CFM, 2007; BRASIL, 1997).

Reforça que o cumprimento da decisão deve ser precedido de comunicação e esclarecimento sobre a ME aos familiares do paciente ou seu representante legal e registrado no prontuário.

Na extremidade oposta estão os pacientes que aguardam por um órgão. Assim que constatada a necessidade de transplante, o paciente candidato a receber um ou mais órgãos é colocado na fila de transplante. A fila para transplantes no SUS para cada órgão ou tecido é única, por ordem cronológica ou gravidade dependendo do órgão a ser transplantado. Também são considerados critérios técnicos, de urgência e geográficos específicos para cada órgão (BRASIL, 2009; MARINHO; CARDOSO, 2007).

Em 2004, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizou a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos, definindo como exigência a necessidade de aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Além disso, deve cumprir as exigências estabelecidas pelo SNT para garantir esta forma de tratamento no âmbito do SUS (MARINHO; CARDOSO, 2007).

A Resolução do COFEN 292 de 07 de junho de 2004, delibera a assistência de enfermagem necessária ao doador com o intuito de viabilização dos órgãos para o transplante até o período pós-transplante. A Resolução trata do doador cadáver, e, expõe que ao enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados prestados ao doador, notificar a CNCDO, entrevistar o responsável legal, permitindo o consentimento livre e esclarecido pelo fornecimento de informações, garantindo o direito de discutir com a família sobre a doação, para assim prevalecer o consenso familiar (COFEN, 2004).

A resolução aborda que durante a entrevista com a família, o enfermeiro deve fornecer as informações sobre o processo de doação, que inclui o esclarecimento sobre o diagnóstico da morte encefálica; o anonimato da identidade do doador para a família do receptor e deste para a família do doador; os exames a serem realizados; a manutenção do corpo do doador em UTI; a transferência e procedimento cirúrgico para a retirada; auxílio funeral e a interrupção em qualquer fase deste processo por motivo de parada cardíaca; exames sorológicos positivos ou desistência familiar da doação (COFEN, 2004).

Expõe ainda sobre aplicar a SAE, documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário; enviar informações atualizadas para CNCDO; receber e coordenar equipes de retirada; executar ou supervisionar o acondicionamento dos órgãos, e, dentre outras, acompanhar e/ou supervisionar a entrega do corpo a família (COFEN, 2004).

Apresenta ações que o enfermeiro deve planejar e implementar visando à otimização da doação e captação de órgãos/tecidos para fins de transplantes, como desenvolver e participar de pesquisas relacionadas com o processo de doação e transplante; promover e difundir medidas educativas; promover e organizar programas de conscientização dos profissionais da área da saúde sobre a importância da doação e obrigatoriedade da notificação (COFEN, 2004).

Em 21 de outubro de 2009 a Portaria GM/MS 2.600 aprova o Regulamento Técnico do SNT, atualizando, aperfeiçoando e padronizando o seu funcionamento.

Também fazem parte da instância do SNT as CNCDO em cada Estado brasileiro, sendo estas responsáveis pelo processo de identificação e efetivação dos potenciais doadores, e os Cadastros Técnicos (lista única de espera) para distribuição dos órgãos e tecidos doados a nível Estadual.

A portaria nº 2600 dispõe ainda sobre as OPO, instituídas pela Portaria 2601 de 21 de outubro de 2009, que atuam a nível regional, as quais são ligadas a CNCDO e se articulam com a CIHDOTT (BRASIL, 2009).

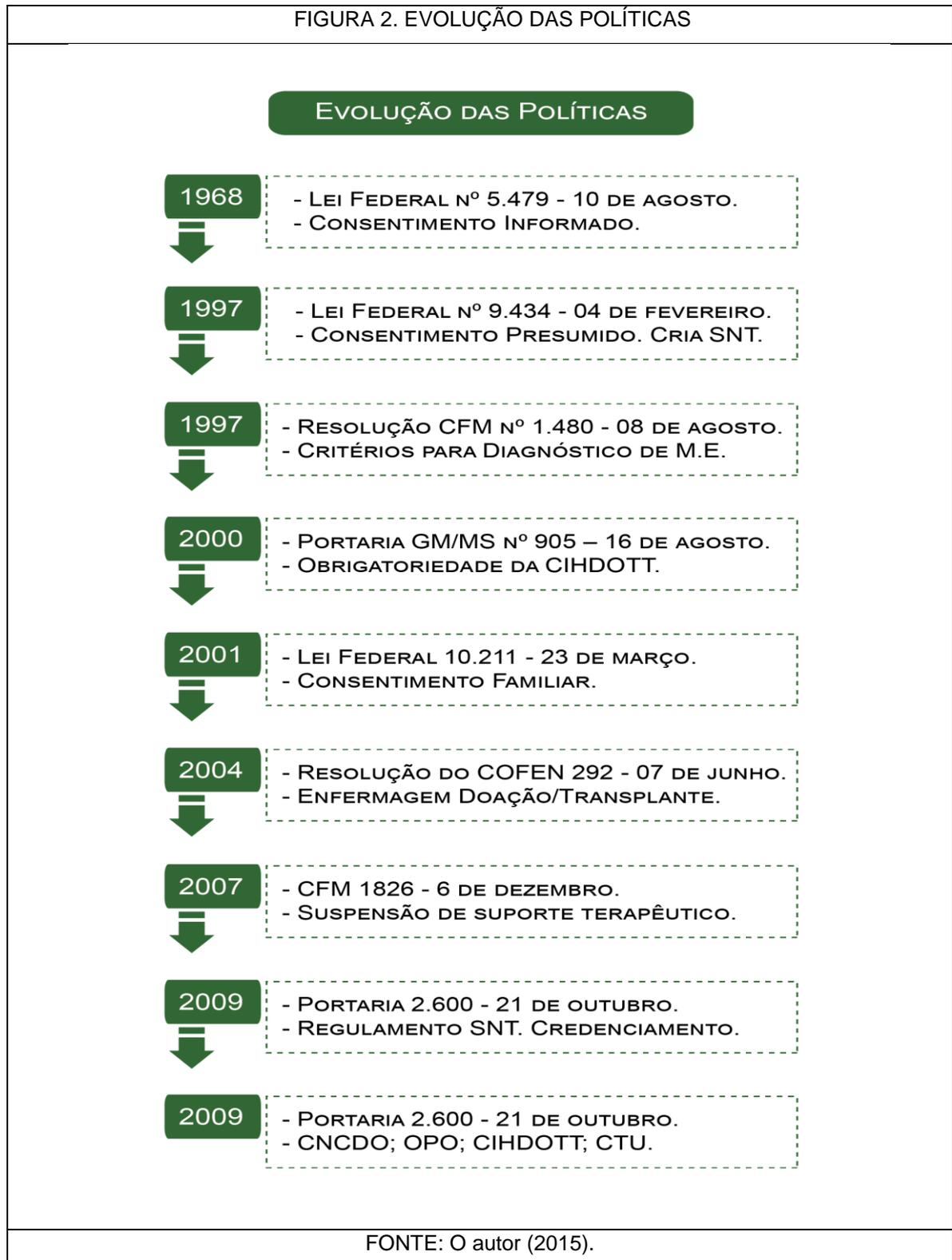
Estas comissões têm sua atuação definida na Portaria 2600, e, no âmbito hospitalar acompanham o processo de doação/transplante na sua totalidade, desde a identificação dos potenciais doadores, ao acolhimento dos familiares e posterior entrevista com os mesmos, proporcionando a eles a possibilidade do consentimento livre e esclarecido referente à doação de órgãos (BRASIL, 2009).

O paciente em ME, para ser aceito como doador de órgãos, é visto principalmente sob dois aspectos: o risco de transmissão de doenças infecciosas e neoplasias ao receptor e a viabilidade dos órgãos a serem doados. As normas técnicas para seleção de doadores falecidos e potenciais receptores e para a distribuição de órgãos e tecidos ou partes do corpo humano estão igualmente descritas na Portaria GM/MS nº. 2.600 de 21/10/09, em seu Capítulo VI (BRASIL, 2009).

O processo de doação de órgãos, por ser complexo e dinâmico, deve estar inteiramente documentado para não comprometer sua efetividade e confiabilidade. Na mesma portaria constam em anexo os instrumentos preconizados a fim de protocolar adequadamente e legalmente todo o processo.

A portaria dispõe de um módulo para cada órgão passível de transplante com todas as especificações necessárias e todas as informações sobre o credenciamento de equipes e estabelecimentos de saúde.

A figura 2 representa um resumo das principais legislações que regem as ações relativas à doação/transplante no Brasil.



## 2.4 ENTREVISTA FAMILIAR

O processo de doação e transplante é complexo, iniciando com a identificação e manutenção dos potenciais doadores. Em seguida, os médicos comunicam à família a suspeita da ME, concretizam os exames comprobatórios do diagnóstico de ME, notificam o potencial doador à OPO que repassa para a CNCDO, onde realizam por meio de critérios de seleção e exames laboratoriais a avaliação das condições clínicas do potencial doador e a viabilidade dos órgãos (MORAES; MASSAROLLO, 2008; MORAES et al., 2015b).

A notícia do óbito é comunicada aos familiares pelo médico, em seguida profissionais habilitados acolhem e, quando oportuno entrevistam para solicitar o consentimento familiar da doação dos órgãos e tecidos. Nos casos de recusa ou inviabilidade para doação, o processo é encerrado com a suspensão do suporte terapêutico conforme Resolução do CFM 1.826 de 24 de outubro de 2007. Quando a família autoriza a doação, a CNCDO realiza a distribuição dos órgãos, indicando a equipe transplantadora responsável pela retirada e implante.

Em nosso país a Lei nº 10.211, publicada em 23 de março de 2001 é clara e exige o consentimento familiar para a retirada dos órgãos e tecidos para transplante, ou seja, a doação só ocorre quando é autorizada pelo responsável legal (BRASIL, 2001).

Um dos obstáculos à efetivação da doação é a alta taxa de famílias que negam o consentimento. A recusa familiar contribui para que o número de doadores seja insuficiente e vem sendo apontada como um dos fatores responsáveis pela escassez de órgãos para transplante (MORAES; MASSAROLLO, 2009; MORAES et al., 2015 a).

Uma das causas do aumento de recusas do consentimento familiar pode ser a falta de informação necessária para tomar a decisão sobre a doação. Diante disso, o suporte emocional, a assistência oferecida aos familiares e a informação sobre o processo de doação são essenciais para encorajar a atitude da doação de órgãos. No processo de doação a família é o elemento principal, a mesma deve ser informada sobre o quadro do paciente, pois a falta de esclarecimento gera angústia, dor e desespero. Além de que, uma assistência insatisfatória a esses familiares eleva as taxas de recusa (MORAES; MASSAROLLO, 2008, 2009; MORAES et al., 2015a; BATISTA; SILVA JUNIOR; CANOVA, 2012).

Os familiares devem ser informados da condição do ente querido desde a chegada no serviço hospitalar, quando isso não ocorre, gera o equívoco da impressão da boa evolução, fazendo com que a falta de esclarecimento sobre a gravidade seja motivo para acreditar na sua recuperação (MORAES; MASSAROLLO, 2008; MORAES et al., 2015a; DALBEM; CAREGNATO, 2010).

Antes de iniciar o protocolo de confirmação de ME a família deve ser avisada da suspeita e do início dos procedimentos. Muitas vezes, a conversa com a família somente acontece após o diagnóstico constatado.

A participação do enfermeiro é essencial em todo processo, sendo assim, uma das atividades desse profissional consiste em prestar assistência de enfermagem não só ao paciente em possível ME, mas também a sua família.

O acolhimento, a humanização no atendimento, e o esclarecimento prestado aos familiares, auxiliam para que a decisão seja tomada com autonomia, permite a transparência, e, facilita a decisão favorável. O enfermeiro pode flexibilizar os horários de visita, contribuindo para a melhor compreensão do ocorrido e elaboração da perda por parte dos familiares (MORAES et al., 2015b; ALENCAR, 2006).

Os transplantes de órgãos podem salvar ou melhorar a qualidade de vida dos receptores, e, para as famílias a doação de órgãos pode resultar em algo positivo diante da perda. Portanto, a equipe multiprofissional tem um papel essencial no processo de doação e transplante, proporcionando benefícios aos receptores, familiares do doador e à sociedade em geral (MORAES et al., 2015b).

Um dos obstáculos a serem enfrentados na atuação dos profissionais de saúde, no decorrer do processo de morrer, é a dificuldade que se tem em pensar e agir diante da morte do outro. Assim, existem profissionais que preferem esquivar-se deste momento, assumindo outras atribuições, desviando-se do paciente grave e de seus familiares, mas cabe à enfermagem respeitar a dor e o sofrimento dos familiares, oportunizar o desabafo e a obtenção de esclarecimentos pertinentes ao processo doação/transplante, particularizando o atendimento e acompanhando-os efetivamente do início ao término desta etapa do processo de morrer do parente hospitalizado (ALENCAR, 2006).

O processo de doação/transplante deve ser realizado de forma adequada, respaldado nos princípios da ética, da legalidade e da humanização, não adicionando mais sofrimento aos familiares do potencial doador (ALENCAR, 2006; MORAES; MASSAROLO, 2009).

Muitos aspectos estão envolvidos na decisão dos familiares em doar os órgãos, e a utilização de técnicas de comunicação, o aperfeiçoamento da metodologia da entrevista familiar e a qualidade das informações fornecidas por profissionais bem preparados mediante cursos, treinamentos e capacitações influenciam as taxas de consentimento. A entrevista deve ser planejada, o ambiente deve ser preparado e os documentos necessários devem ser organizados para evitar interrupções e transmitir segurança e profissionalismo (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007; MORAES et al., 2014; GARCIA et al., 2015; MORAES et al., 2015a).

A entrevista familiar é uma etapa importante, envolve aspectos éticos e legais, além de aspectos relativos ao entrevistador, ao local da entrevista e as famílias entrevistadas, para tanto se faz necessário a qualificação profissional para que fatores que facilitam ou dificultam esse processo sejam identificados e administrados (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012b).

O entrevistador é o mediador entre a família enlutada e o consentimento a doação, sua habilidade em manejar todos os aspectos que envolvem esta etapa e o conhecimento específico do processo doação-transplante será um dos fatores favoráveis ou impeditivos da doação, deste modo o entrevistador deve ter preparo adequado para assumir esta tarefa. Características como empatia, equilíbrio emocional e disponibilidade de tempo são essenciais para este profissional (GARCIA et al., 2015; ARAUJO; SILVA, 2012).

O assunto sobre doação de órgãos nem sempre é discutido nos núcleos familiares, fazendo com que na tomada de decisão apareçam dúvidas. O papel do entrevistador é fomentar a reflexão sobre a doação, repassar todas as informações sobre o processo, esclarecer todas as dúvidas e apoiar as famílias, independente do resultado (GARCIA et al., 2015; SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

É imprescindível que o entrevistador adote uma postura que inspire confiança, além de ser necessário desenvolver habilidades para observar, escutar, questionar, aceitar e também interpretar para assim melhorar a comunicação e o acolhimento da família, que diante da perda pode manifestar seus temores e dúvidas pela comunicação não verbal. A qualidade da comunicação, verbal e não verbal, é decisiva para a obtenção do assentimento familiar (GARCIA et al., 2015, KNAPP; HALL, 1999).

Para estabelecer um bom diálogo com a família, é essencial a comunicação verbal e não verbal. A comunicação verbal deve ser clara, simples, objetiva e direta, evitando termos técnicos e respeitando o ritmo de assimilação de cada pessoa,

sempre oportunizando perguntas. A comunicação não verbal complementa a verbal e representa 60 a 70% dos elementos da mensagem pela expressão facial, olhar, sorriso, contato físico, postura, assentir com a cabeça, silêncio, tom de voz, ritmo da linguagem, melodia, pausa, dentre outras (KNAPP; HALL, 1999; ARAÚJO; SILVA, 2012; HIGUERA, 2012; GÓMEZ; SANTIAGO, 2008).

A comunicação não verbal é classificada em paralinguagem que se refere à altura e velocidade da voz, pausas, ritmo; cinésica que diz respeito à postura, movimentos do corpo, expressões faciais; proxêmica que é a utilização do espaço social e pessoal; tacêsica que se refere às formas de aproximação, o toque, o local e tempo de contato e as características físicas do corpo, odores, roupas e adereços utilizados (KNAPP; HALL, 1999; ARAÚJO; SILVA, 2012; HIGUERA, 2012; GÓMEZ; SANTIAGO, 2008).

As ferramentas de comunicação que devem ser utilizadas para que o enfermeiro possa conduzir a entrevista de maneira eficaz são o reflexo de emoções, o qual significa dizer ao outro que você escutou e compreendeu seus sentimentos; a paráfrase que é a repetição não literal da mensagem para que haja uma melhor compreensão; o resumo de informações que acopla sucintamente as mensagens repassadas; a clarificação utilizada para se confirmar o que se acaba de escutar e assim evitar erros de entendimento; as perguntas abertas que são úteis para conhecer opiniões e sentimentos, pois incentivam a fala, e, as perguntas fechadas que devem ser evitadas pois limitam as respostas a sim ou não (GÓMEZ; SANTIAGO, 2008; ARAUJO; SILVA, 2012).

A grande parte dos profissionais da saúde que atua nas áreas críticas não foram preparados para a comunicação de más notícias e a relação de ajuda necessária a esses familiares, sendo que fazem parte do seu cotidiano.

A relação de ajuda a ser estabelecida pelos profissionais as famílias tem como elemento principal a escuta ativa, que significa prestar atenção no que se ouve, demonstrando interesse através de sinais faciais, expressões verbais, assentir com a cabeça e orientação corporal voltada para a pessoa, portanto para escutar ativamente é necessário ter paciência, respeito, postura e expressão facial que demonstre interesse. A ansiedade, a pressa, os preconceitos e juízos de valor produzem os chamados “ruídos da comunicação” e atuam como barreiras na escuta ativa (ROGERS, 2009; GÓMEZ; SANTIAGO, 2008).

O aspecto seguinte a ser ponderado é o ambiente da entrevista. Um local que evite interferências externas, preferencialmente tranquilo e acolhedor, com acomodações adequadas a todos os participantes, para assim a família expressar seus sentimentos e verbalizar suas dúvidas sem receios (GARCIA et al., 2015; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

A família tem o direito de ser informada sobre a realização de cada um dos exames do protocolo de ME, assim, sendo informados no transcorrer do diagnóstico, tem uma possibilidade maior de compreender esta condição, o que favorece a decisão para doação (MORAES et al., 2015a; GARCIA et al., 2015).

O modo como os familiares são informados sobre a morte encefálica, a qual é de difícil compreensão para a família devido ao suporte intensivo que mantém os órgãos em funcionamento, é essencial para o entendimento e a tomada de decisão referente à doação, o profissional deve considerar que as famílias expressam seus pesares e reagem diante da morte de maneira distinta (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012b; LIMA, 2012).

A entrevista acontece após o médico intensivista informar sobre o resultado do diagnóstico de morte encefálica e esclarecer as dúvidas dos familiares, proporcionando tempo, que é diferente para cada família, para que estes assimilem a notícia, e, posteriormente o entrevistador realiza a solicitação da doação de múltiplos órgãos e tecidos. O profissional deve apropriar-se da evolução do caso, pois essas informações norteiam a entrevista familiar (MORAES et al., 2014; GARCIA et al., 2015; SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012a).

A doação solicitada antes da confirmação diagnóstica da ME pode gerar desconfiança no processo, interferindo negativamente na decisão dos familiares, sendo assim as etapas devem ser respeitadas. Antes de introduzir a possibilidade da doação é necessário que o entrevistador se certifique que todos entenderam que seu familiar está morto. É relevante separar por um intervalo de tempo a notícia da morte e a realização da entrevista, essa técnica está associada a taxas mais elevadas de consentimento (GARCIA et al., 2015; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Um estudo realizado por uma psiquiatra que observou os sentimentos, reações e comportamento de pacientes no leito de morte, identificou cinco estágios no processo de morte e morrer. O primeiro estágio é a negação, mecanismo de defesa utilizado para tentar evitar a ideia da morte, neste estágio o enfermeiro deve oferecer apoio e conforto. O segundo estágio é a raiva e a revolta pela situação que não pode

ser mudada, o seguinte é a barganha, que geralmente dura pouco tempo e objetiva reverter ou tentar adiar o inevitável, nesta fase uma conversa franca é necessária para favorecer o entendimento. Então vem a sensação de perda, o estágio da depressão, no qual é viável deixar a família verbalizar seu pesar, neste momento o profissional deve permanecer em silêncio, escutar, confortar, acolher e amparar, utilizando principalmente a comunicação não verbal. E, por fim o quinto estágio, a aceitação, nesta fase os sentimentos e vontades são exteriorizados e a família precisa de atenção e cuidados (GÓMEZ; SANTIAGO, 2008; KUBLER-ROSS, 1998).

A possibilidade da doação de órgãos deve ser apresentada após a aceitação, aos familiares que respondem legalmente pelo potencial doador, fornecendo todas as informações sobre o processo e esclarecendo as dúvidas, permitindo tempo para que a família delibere sobre o assunto a fim de favorecer o consenso familiar (MORAES; MASSAROLLO, 2008; SANTOS; MASSAROLO; MORAES, 2012a).

A família precisa de tempo para assimilar toda a situação, e ter certeza de que vai adotar a melhor decisão. Após a doação, verificou-se que 87,50% dos familiares pesquisados concretizariam a doação de órgãos novamente, atitude que gerou sentimento de recompensa por ajudar outras pessoas (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Durante a entrevista deverá ser elucidado sobre a ausência de custos da doação e transplante, pois no Brasil o SUS custeia todas as etapas do processo (GARCIA et al., 2015; SAÚDE PR, 2016).

Dentre as principais preocupações dos familiares estão o aspecto estético do corpo após a remoção dos órgãos e o tempo até a liberação do corpo. O entrevistador deve destacar a reconstituição do corpo, e, referente ao tempo o profissional deverá ser franco ao estimar o tempo necessário para o processo. A demora constitui, muitas vezes, um fator relevante e comprometedor para a efetivação da doação (GARCIA et al., 2015; CAMATTA et al., 2011).

O atendimento humanizado além de respeitar os sentimentos da família está associado a maiores taxas de doação, pois dentre os motivos da não doação consta a insatisfação com o atendimento hospitalar, sendo assim o serviço prestado por todos os profissionais da instituição à família é decisivo para o aceite da doação (MORAES et al., 2015a; GARCIA et al., 2015).

Para dez enfermeiros de OPO participantes de um estudo realizado em São Paulo, humanizar é entendido como ajudar os familiares para que possam desenvolver seus próprios mecanismos de enfrentamento (MORAES et al., 2014).

Uma pesquisa que objetivou compreender as experiências e expectativas dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva no cuidado do doador de órgãos e a sua família, realizada com vinte participantes, pontuou como obstáculos a falta de habilidade na comunicação e despreparo para lidar com familiares que estejam vivenciando a perda, e que superaram estas barreiras através da relação de ajuda que estabelecem para as famílias, da humanização e transparência do processo (MORAES et al., 2015b).

Estudos com familiares que recusaram a doação revelam que o apoio emocional, a assistência dispensada às famílias e as informações sobre o processo são essenciais para a tomada de decisão favorável a doação (MORAES; MASSAROLLO, 2009; DALBEM; CAREGNATO, 2010; CAMATTA et al., 2011).

Um estudo realizado com nove familiares que negaram a doação em Pernambuco mostrou que as vivências relatadas não revelaram uma assistência de qualidade, pois não foi acolhedora e a comunicação por parte dos profissionais de saúde não foi eficaz (LIRA et al., 2012).

Cada ser humano reage de maneira diferente diante da perda e do luto, portanto as entrevistas sempre são distintas e únicas, mas todas elas podem e devem ser guiadas pelo profissional, pois isso colabora para que a família seja bem atendida, acolhida, auxiliada nas suas necessidades imediatas, esclarecida referente ao processo e suas dúvidas sejam elucidadas previamente a tomada de decisão.

Em diversos países, inclusive no Brasil, são realizados cursos para os profissionais de unidades críticas sobre a detecção, notificação e manutenção do potencial doador, além de cursos para desenvolverem habilidades de comunicação em situações de crise, acolhimento e entrevista familiar (MATESANZ, et al., 2008).

Pelo elevado quantitativo de instituições e de profissionais, a alta rotatividade, e por vezes a baixa frequência com que realizam este processo nem sempre estão aptos e preparados.

Durante a comunicação, o acolhimento e a entrevista com a família, alguns fatores podem favorecer ou prejudicar a tomada de decisão referente à doação, e um instrumento para a consulta prévia do entrevistador pode auxiliar na execução desta prática, haja vista que a família é o elemento central, e, independente da manifestação contrária a doação, devem ser garantidas informações claras e esclarecimentos.

### 3 MÉTODO

Neste capítulo descreve-se o tipo de pesquisa e técnica de coleta e análise dos dados que foram utilizados no estudo, bem como a definição dos participantes da pesquisa.

#### 3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa.

São incluídas como pesquisas descritivas aquelas que têm por objetivo levantar opiniões e atitudes de uma população, utilizando-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário. Proporcionam uma nova visão acerca de um problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias (GIL, 2008).

Este estudo é descritivo, uma vez que almeja descrever as atividades a serem desenvolvidas pelos enfermeiros, sem manipular os dados, e exploratório, pois o pesquisador pode mudar a forma de pensar de acordo com a maneira que os fatos reais se desvelam, no transcorrer do estudo. A pesquisa exploratória, na maioria dos casos, coleta dados com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 2008).

Habitualmente, são realizadas juntas quando há uma preocupação com a atuação prática, exatamente o objeto deste estudo. Possibilita detalhar depoimentos que enriquecem a análise das informações de forma mais ampla (GIL, 2008).

A abordagem é qualitativa para que a compreensão da pesquisa leve a descoberta e descrição mais aprofundada do fenômeno estudado. Essa abordagem permite a análise do subjetivo e do objetivo, sendo condizente com os objetivos deste estudo (GIL, 2008).

#### 3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A seleção e o primeiro contato com os profissionais que participaram desta pesquisa ocorreram no mês de novembro de 2016, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa. A escolha foi por “Amostragem Bola de Neve”, a qual consiste na solicitação aos sujeitos iniciais da amostra a indicação de outros que preencham os critérios de seleção para o estudo, os participantes não são procurados ao acaso, mas a partir de características específicas (COLLI; ZANI, 2016).

Amostra em bola de neve é uma forma não probabilística, útil para pesquisar grupos difíceis de serem acessados, bem como quando não há precisão sobre sua quantidade, são também mais eficiente em pesquisas com população menor, condições presentes neste estudo. Informantes chave indicam algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, e, se for do interesse do pesquisador os indicados podem indicar novos contatos (VINUTO, 2016).

Neste estudo, não houve definição inicial do número de participantes, foram determinados critérios para inclusão, a saber: ser enfermeiro, tempo de atuação de no mínimo um ano no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Atuar em: Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, ou em Organizações de Procura de Órgãos, ou ser membro de Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ou ainda, ser docente universitário, com pesquisas e artigos publicados na área, uma vez que o conhecimento obtido é relevante para este estudo.

Optou-se pelos três estados brasileiros com mais doadores efetivos no ano de 2016, pois a frequência com que o profissional realiza o acolhimento e a entrevista familiar é relevante, sendo eles: Santa Catarina e Paraná com primeiro e segundo lugar, respectivamente, em doadores por milhão de população, e São Paulo que possui o maior número absoluto de doadores no Brasil (ABTO, 2016).

Respeitado os critérios definidos, como informantes chave, foram convidados um de cada estado, de diferentes esferas de atuação, sendo um membro de CIHDOTT, um de OPO e um docente de Universidade. Para essas pessoas foi realizada uma ligação telefônica, explicado o tema, objetivo, método da pesquisa e os critérios para inclusão no estudo. Neste mesmo contato foram solicitadas indicações de participantes com o perfil que se buscava.

Posteriormente, os três enfermeiros encaminharam via correio eletrônico para a pesquisadora a indicação dos nomes e endereços eletrônicos das pessoas recomendadas. Foi elaborada uma carta convite para participação no estudo (APÊNDICE I), sendo enviada via e-mail aos indicados e também para os informantes chave. Não foram instituídos critérios de exclusão, todos os indicados foram convidados. Dos 22 convites enviados, 21 responderam com interesse em participar da pesquisa.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Empregou-se a Técnica Delphi, método sistematizado de julgamento de conteúdo utilizado para obter o consenso dos participantes sobre determinado tema por meio de apreciações articuladas em rodadas, favorecidas pelo anonimato, pois as identidades não são reveladas ao público e tampouco entre si (MANCUSSI, 1997; CASTRO; FARO; COLLI; ZANI, 2016).

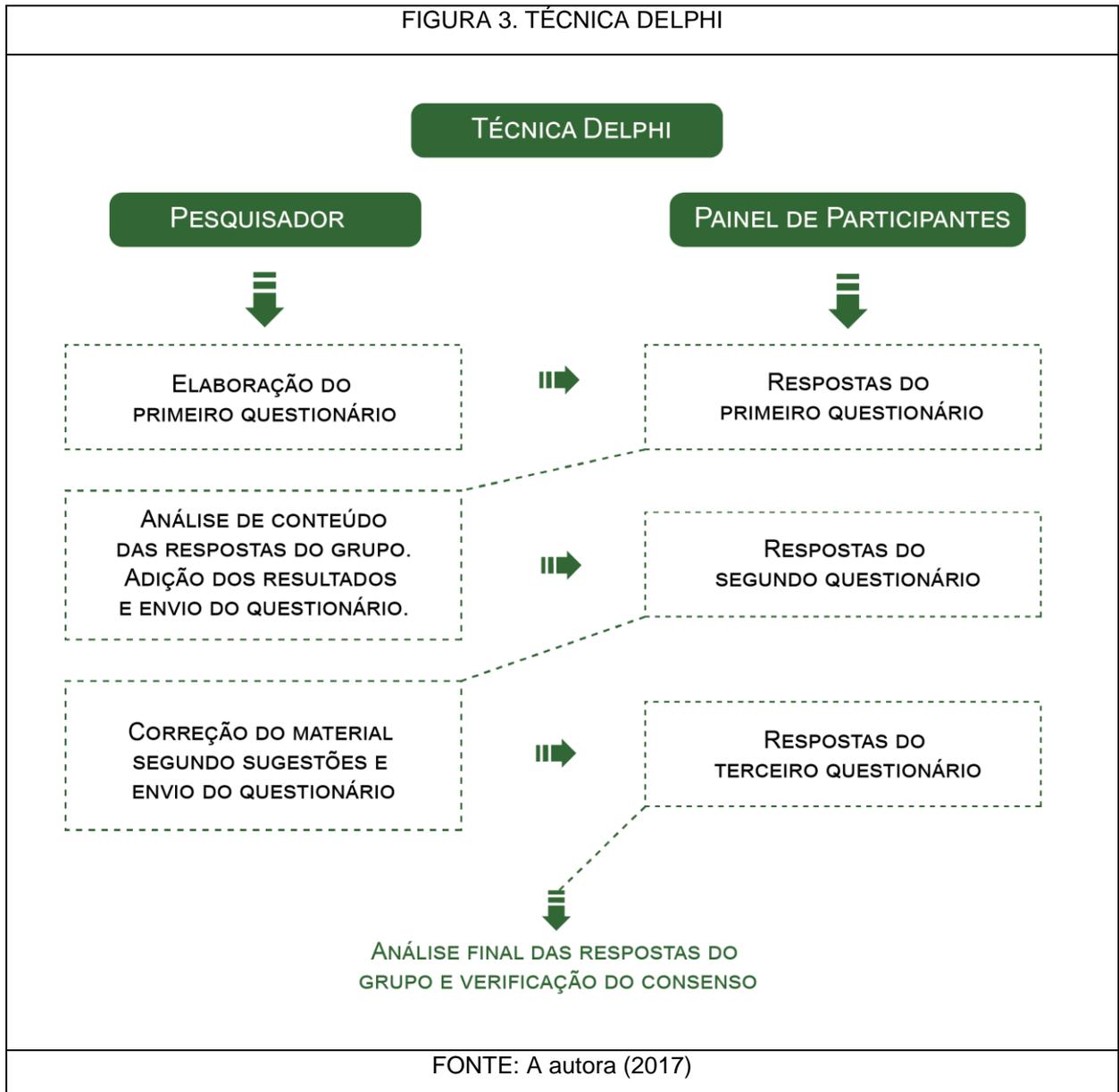
A principal vantagem da técnica Delphi é a obtenção de conhecimentos mesmo com especialistas geograficamente distantes, além de vantagens econômicas. Este distanciamento que impossibilita a interação e a discussão pode ser contornado pelo uso de questões abertas ou espaços para comentários, assim como foi empregado nesta pesquisa. (WRIGTH; GIOVINAZZO, 2000; CASTRO; REZENDE, 2009; COLLI; ZANI, 2016).

Nesta técnica o pesquisador elabora um questionário explorando os pontos do assunto que almeja atingir consenso e envia aos participantes. Na segunda rodada modifica as questões com base nas respostas obtidas na primeira e reenvia. As rodadas acontecem sucessivamente até que o consenso atinja um grau satisfatório (REZENDE, 2009; SCARPARO et al., 2012).

Com base na experiência e na literatura, a pesquisadora formulou um guia inicial para enviar aos participantes, para elaborar o produto final com base no consenso e no conteúdo das sugestões dos enfermeiros. Foi inserido na plataforma eletrônica de pesquisas *Survey Monkey*®, assim como o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II), e um breve resumo do projeto (APÊNDICE III), e por fim foi enviado via correio eletrônico.

O guia inicial continha 9 itens, com 60 questões de múltipla escolha para os participantes elegerem entre manter, excluir ou reformular, com um campo livre ao final do questionário para comentários e sugestões. Foram também contempladas questões de caracterização pessoal e profissional (APÊNDICE IV).

A figura 3 faz referência a técnica Delphi e seu trajeto metodológico de realização:



O número de respondentes para a técnica Delphi também tem uma variação na literatura. Uma revisão bibliográfica julgou uma variação de 5 a 111 especialistas, mas frisa que não há um número ideal; deve-se levar em consideração que o volume de informações não está vinculado a qualidade dos dados (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; CASTRO; REZENDE, 2009; COLLI; ZANI, 2016).

Existe, geralmente, um número de especialistas que desiste entre as etapas, o qual varia entre 20% a 50% dos participantes. No presente estudo, na primeira rodada dos 21 enfermeiros que aceitaram participar, 19 responderam completamente a pesquisa, sendo assim uma abstenção de 9,52%. Na segunda rodada 16 respondentes, portanto 23,80%, e, na terceira e última rodada 15 participantes

finalizaram as respostas, perfazendo 28,57% de abstenção acumulada. O guia da segunda e terceira rodadas foram enviados igualmente para os 21 participantes da pesquisa.

O primeiro guia foi enviado aos participantes no dia 05/12/2016, permanecendo aberto por 14 dias. A segunda rodada iniciou dia 23/01/2017 e encerrou após 40 dias. A terceira rodada iniciou em 17/04/2017 e finalizou em 29/05/2017 totalizando 43 dias.

A tabela 1 faz referência às rodadas da Técnica Delphi realizadas, os participantes de cada rodada, o percentual de abstenção em cada uma e o período de realização da coleta de dados.

TABELA 1 - TÉCNICA DELPHI: PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS

RODADA	NÚMERO DE PARTICIPANTES	ABSTENÇÃO ACUMULADO	PERÍODO DE REALIZAÇÃO
1ª Rodada	19	9,52%	05/12/16 à 19/12/16
2ª Rodada	16	23,80%	23/01/17 à 13/03/17
3ª Rodada	15	28,57%	17/04/17 à 29/05/17

FONTE: A autora (2017).

O tempo transcorrido entre a primeira e a última fase da Técnica Delphi apresenta uma variação na literatura de um a cinco meses, mencionando ainda uma diferença no número de fases realizadas, geralmente entre duas e três rodadas, como ocorreu neste estudo, onde num período de cinco meses e três rodadas, foram suficientes para atingir o consenso dos participantes (WRIGTH; GIOVINAZZO, 2000; CASTRO; REZENDE, 2009; COLLI; ZANI, 2016).

O nível de consenso da Técnica Delphi é reservado ao pesquisador, variando na literatura entre 50% a 80%, nesta pesquisa foi estabelecido o consenso na primeira rodada de 100% para encerrar a questão para respostas. Para a segunda e terceira rodadas, o consenso final instituído foi de 80%. Questões que não atingiram 70% de consenso foram excluídas. Vale salientar que quanto mais elevado o nível de consenso, mais rigoroso será o resultado (WRIGTH; GIOVINAZZO, 2000; CASTRO; REZENDE, 2009; COLLI; ZANI, 2016).

As questões que atingiram consenso de 100% na primeira rodada foram fechadas para resposta na rodada seguinte, porém eram visíveis no guia. Da mesma forma, as questões que atingiram consenso igual ou acima de 80% na segunda rodada

eram visíveis, porém fechadas para resposta na terceira rodada, pois o consenso proposto foi alcançado.

Das 60 questões iniciais, após a análise da primeira rodada de respostas, 14 receberam 100% de consenso para manter no guia, uma questão foi excluída, 45 foram reformuladas, sendo que 7 destas foram agrupadas a outras por similaridade de conteúdo.

Para a segunda rodada foram enviadas 13 questões fechadas, pois uma das 14 foi agrupada e por isso retornou, somando 38 para responder, totalizando assim 51 questões, todas em sequência e sem tópicos, além de um campo final para comentários e sugestões (APÊNDICE V).

Ao retorno das respostas, 2 das questões reformuladas após a rodada anterior receberam 100% de consenso, totalizando 15, e somente 6 questões não atingiram o consenso, uma questão foi excluída, e, portanto, 5 retornaram reformuladas e abertas para resposta aos participantes para uma nova rodada, com 50 orientações subdivididas em 3 tópicos, sendo então 45 fechadas (APÊNDICE VI).

Após a terceira rodada, mais uma das orientações recebeu 100% de consenso, portanto, nas três rodadas executadas, 16 questões atingiram 100%, e as outras 34 questões atingiram consenso igual a 80% ou mais, encerrando, portanto, a Técnica Delphi e a etapa da coleta de dados alcançando o consenso instituído na terceira rodada.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As questões que receberam comentários e ou sugestões, foram analisadas de acordo com as técnicas de análise conteúdo de Bardin. As análises aconteciam ao final da coleta de dados de cada rodada.

A análise dos dados foi procedida da seguinte forma: foi estabelecida a porcentagem de consenso para cada rodada, então as opções manter ou excluir eram contabilizadas por recursos da plataforma, gerando uma porcentagem de resposta que eram mantidas ou excluídas. No entanto, aquelas assinaladas como reformular precisavam ser tratadas e voltar aos participantes para averiguar se contemplavam todas as sugestões chegando ao consenso pré-estabelecido. Para esta finalidade, foi empregada a técnica de análise de conteúdo cujo objetivo é a busca do sentido de um documento e, portanto, adota a comunicação como ponto de partida (BARDIN, 2011).

A análise tem início com a fase de pré-exploração do material, com leituras flutuantes, com o intuito de conhecer o contexto e deixar fluir impressões. Na fase seguinte devem-se selecionar as unidades de análise, separando por temas, sentenças, frases ou parágrafos. Posteriormente categorizar, classificar os elementos que emergiram das respostas dos participantes da pesquisa (BARDIN, 2011).

Os comentários e sugestões foram lidos de maneira flutuante, após foram analisados um a um e separados pelo tema de cada questão a que se referiam, sendo categorizados destacando os elementos que emergiam e que poderiam ser adaptados reformulando as questões conforme as sugestões.

Este tipo de abordagem permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, referentes a grupos particulares como nesta pesquisa, propiciando a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias (BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Por esse motivo, este estudo não limitou a análise à obtenção do consenso numérico, mas em reconsiderar e melhorar o conteúdo de cada orientação com base nos comentários, que enriqueceram o guia. Foi elaborado um quadro para auxiliar na análise de conteúdo e apresentação dos resultados, onde os comentários recebidos foram separados de acordo com cada questão a que se referiam.

Com a devolução das respostas da primeira rodada, foi realizada uma pré-análise e os comentários foram organizados e classificados. Na sequência, houve uma exploração dos dados que foram categorizados e tabulados. Das 60 questões iniciais, 32 delas receberam comentários específicos, sendo que ao todo o questionário recebeu 70 comentários e ou sugestões. A análise ocorreu durante o período de 19/12/2016 a 23/01/2017, perfazendo 34 dias.

Diante das respostas, foi verificado se o consenso foi satisfatório. Após, foi iniciada a análise de conteúdo, os textos foram lidos exaustivamente e foram separados e categorizados nas questões a que se referiam. O conteúdo foi analisado, as adequações foram realizadas, os tópicos foram reduzidos para três, restaram 51 orientações e o guia foi reenviado através da plataforma de pesquisa para o endereço eletrônico dos participantes para a segunda rodada.

Ao retorno, o guia recebeu 37 novas sugestões e ou comentários. A análise do conteúdo iniciou dia 13/03/2017 com duração igual à etapa anterior, sendo finalizado e nova versão enviada em 17/04/17. Após categorização, 6 das questões

não atingiram o consenso, uma foi excluída, 5 foram reformuladas e novamente, desta vez com 50 orientações, subdivididas em 3 tópicos, o guia foi enviado.

Nesta terceira rodada as questões que já haviam obtido consenso foram fechadas para resposta, estando abertas somente aquelas que não haviam atingido consenso proposto pelo estudo. Não houve comentários ou sugestões no retorno da rodada, e o consenso estabelecido de 80% ou mais, foi alcançado nas 50 orientações, uma delas atingindo 100% de consenso.

A tabela 2 apresenta o resumo de cada rodada, no que se refere à quantidade de questões, quantas delas foram mantidas, reformuladas ou excluídas e o número de comentários e ou sugestões recebidas em cada rodada.

TABELA 2 – TÉCNICA DELPHI: RESUMO DAS RODADAS

RODADA	QUESTÕES	MANTER	REFORMULAR	EXCLUIR	TEXTOS
1ª Rodada	60	14	45	01	70
2ª Rodada	51	45	05	01	37
3ª Rodada	50	50	00	00	00

FONTE: A autora (2017).

Na data de 29/05/2017 a pesquisa foi encerrada, após 175 dias do início da coleta dos dados, as 50 questões restantes atingiram entre 80% e 100% de consenso.

Como foi proposto como resultado a obtenção de um guia de orientação da entrevista familiar, foi considerado que este se deu mais pela versão final das sugestões pela técnica de análise de conteúdo, sendo o consenso numérico apenas uma etapa para selecionar as questões que não tinham originalmente ou depois de trabalhadas dúvidas entre os participantes. Com base nesta explicação, a pesquisa não foi considerada quantitativa, mas qualitativa, na qual o elemento humano continua sendo fundamental (GIL, 2008).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Estado da Saúde, localizado no Hospital do Trabalhador, e aprovado sob parecer número 1.800.254 e CAAE 60856516.2.0000.5225 (ANEXO I). A princípio, por

equivoco, a discente foi nomeada como pesquisador responsável (APÊNDICE VII), porém, tal fato foi corrigido nomeando a docente (ANEXO II).

Somente após o parecer e aprovação do referido Comitê é que o estudo foi realizado. A pesquisa seguiu as normas que regulamentam pesquisa em seres humanos contidas na Resolução MS/CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012, considerando todos os aspectos éticos previstos. Esta resolução incorpora os quatro princípios básicos da bioética, sendo eles a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos participantes da pesquisa e do Estado (BRASIL, 2012).

Inicialmente foi enviada uma carta convite via correio eletrônico, explicando sobre a pesquisa e seu objetivo. Aos participantes que responderam afirmativamente ao convite, foi encaminhado novo e-mail através da plataforma *Survey Monkey*®. Na primeira página continha o TCLE, só era possível seguir com a pesquisa após ler e assinalar na opção “Eu concordo voluntariamente participar deste estudo”.

A cada nova rodada um breve texto explicativo (APÊNDICE VIII) foi enviado aos participantes antecedendo as questões (APÊNDICE XI).

Para manter o anonimato dos respondentes, os mesmos foram nomeados como “E” indicativo a enfermeiro e a numeração sequencial iniciando do número 1, e assim sucessivamente, de acordo com a ordem em que foram respondendo ao estudo em cada rodada, e, portanto, o respondente denominado “E1” da primeira rodada não será o mesmo “E1” da segunda rodada, pois a numeração é fornecida pelo *Survey Monkey*® a cada participante que responde.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 22 convites enviados, 21 enfermeiros aceitaram participar da pesquisa, e, 19 destes responderam efetivamente a primeira rodada, na qual também constou inicialmente de questões de caracterização. Dos respondentes 10 (52,63%) são do sexo feminino e 9 (47,37%) masculino. Apresentaram idade média de 37 anos, oscilando entre 28 e 51 anos.

Possuem especialização 11 (57,89%) participantes, mestrado 3 (15,79%), doutorado 4 (21,05%) e pós-doutorado 1 (5,26%). Referente ao cenário de atuação dos enfermeiros, o estudo demonstrou que 2 (10,53%) atuam na CNCDO; 8 (42,11%) na OPO; 6 (31,57%) em CIHDOTT e 3 (15,79%) em Universidade.

O tempo de atuação na instituição atual variou entre 22 anos e 1 ano e 9 meses, apresentando média de 7 anos. O tempo de atuação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante e o tempo de atuação na entrevista familiar apresentaram a mesma média de 8 anos, com máximo de 22 e mínimo de 3 anos.

O tempo médio de atuação profissional no processo de doação de órgãos e com a entrevista familiar demonstra que há experiência profissional, e, o fato de todos os participantes possuírem titulação além da graduação, pressupõe qualificação profissional.

### 4.2 RESULTADOS DA PRIMEIRA RODADA

As questões foram enviadas com a opção de resposta entre manter, excluir ou reformular, e ao final de cada seção havia espaço para comentários e sugestões. Todos os textos recebidos foram categorizados por análise de conteúdo e organizados de acordo com a sentença a que se referiam.

O guia estava estruturado em 60 questões subdivididas em 9 seções, os resultados das sentenças e comentários que emanaram desta rodada do estudo estão apresentados no quadro 1, destacando as 14 questões que atingiram 100% de consenso e a questão excluída.

QUADRO 1- QUESTÕES RODADA 1

(continua)

QUESTÃO	TÍTULO	MANTER	EXCLUIR	REFORMULAR	COMENTÁRIOS
2.1	Planejar a entrevista				
2.1.1	Apropriar-se do caso	89,47%	0,00%	10,53%	E4- "Apropriar-se do caso dá sentido de posse. Conhecer histórico de internação/evolução clínica do paciente em situação de morte encefálica". E13- "Apropriar-se do caso? Fiquei em dúvida quanto à pergunta, qual a finalidade?"
2.1.2	Conferir a conclusão do diagnóstico e correto preenchimento do termo de morte encefálica	89,47%	0,00%	10,53%	E4- "Verificar se diagnóstico de morte encefálica foi realizado e se o termo de declaração de morte encefálica foi preenchido. (Compete ao enfermeiro este tipo de atribuição?)".
2.1.3	Certificar que o médico que vai transmitir a notícia do óbito conheça todo o caso	78,95%	5,26%	15,79%	E4- "É atribuição do médico". E17- "O médico que vai transmitir a notícia do óbito no mínimo deverá saber do caso e se possível ter treinamento em comunicação de má notícia, e de maneira alguma introduzir o assunto doação de órgãos ou apresentar o especialista em doação por esta função, pois o mesmo irá avaliar a situação da família".
2.1.4	Convocar a vinda de familiares com responsabilidade e legal	84,21%	0,00%	15,79%	E1- "Trocar responsabilidade por responsável legal". E4- "Convocar ou solicitar a convocação da família para comparecer ao hospital. (Qual o objetivo de convocar responsáveis legais? Isso mostra apenas o interesse em

					entrevista-los para doação)". E19- "Convocar a vinda de familiares com responsabilidade legal. Não se convoca a vinda, mas sim pessoas. Fazer correção de português".
2.1.5	Ter disponibilidade de tempo	84,21%	5,26%	10,53%	E4- "Disponibilidade só pode ser de tempo".
2.1.6	Avaliar a possibilidade de realizar a entrevista no período diurno, se residência da família distante e se a condição hemodinâmica do paciente permitir	89,47%	0,00%	10,53%	E4- "Avaliar o melhor momento para realizar a entrevista quanto à doação de órgãos".
2.1.7	Separar a notícia do óbito da solicitação da doação	84,21%	0,00%	15,79%	E4- "Separar a notícia do óbito da solicitação da doação de órgãos e tecidos para transplante sempre que possível". E7- "Nem sempre é possível separar a notícia do óbito da solicitação. E às vezes a relação de confiança entre a família e o médico que cuida do ente querido é tão próxima, que acaba sendo este o profissional interlocutor da solicitação da doação".
	Comentários da seção				E6 "Acrésceteria que o ambiente para entrevista familiar além de reservado e ventilado deve ser livre de ruídos e sons externos". E16- "Vejo como indispensável o acompanhamento da CIHDOTT em tempo real de forma intensiva aos

					familiares, desde o momento da primeira reunião onde é discutido a questão da abertura do protocolo de ME, até a conclusão do processo com diagnóstico e entrevista”. E17- “É importante no planejamento da entrevista verificar quais colaboradores do seu hospital podem juntamente com você realizar a entrevista, tente nunca ir só”.
2.2	Organizar local da entrevista familiar				E4- “As frases precisam ser reformuladas, pois parecem incompletas”.
2.2.1	Averiguar se o local é ventilado	89,47%	0,00%	10,53%	E4- “Buscar preferencialmente local ventilado”. E6- “Possível somente dentro de condições física e estrutural da instituição”.
2.2.2	Garantir que o ambiente seja reservado	94,74%	0,00%	5,26%	E6- “Garantir que o ambiente seja reservado e livre de ruídos e sons externos”.
2.2.3	Organizar assentos para todos os membros, inclusive os da equipe	94,74%	0,00%	5,26%	E4- “Providenciar assentos”.
2.2.4	Ajustar a temperatura da sala	78,95%	10,53%	10,53%	E4- “Nem sempre é possível ajustar a temperatura da sala”. E6- “Possível somente dentro de condição física e estrutural da instituição”. E17- “Observe que no controle da temperatura (ideal, mas muitos hospitais não têm) as salas são fechadas e sem ventilação. Acredito que podemos colocar apenas um

					item do tipo: Averiguar se a temperatura está adequada (sala ventilada ou ar condicionado)".
2.2.5	Disponibilizar água	100%	0,00%	0,00%	
2.2.6	Oferecer lenços de papel	89,47%	5,26%	5,26%	
	Comentários ou sugestões da seção				E4- "Os itens relacionados ao local da entrevista nem sempre são passíveis de alguma atuação do enfermeiro". E16- "Importante mencionar que trabalhamos conforme disponibilidade da instituição".
2.3	Orientações para o entrevistador				
2.3.1	Possuir amplo conhecimento de todo o processo de doação/transplante	84,21%	0,00%	15,79%	E4- "Possuir conhecimento de todo o processo de doação (o que é um amplo conhecimento?)".
2.3.2	Mostrar-se sério e sincero/autêntico/ verdadeiro	84,21%	0,00%	15,79%	E4- "Agir com seriedade e sinceridade".
2.3.3	Apresentar-se discreto e respeitoso	94,74%	0,00%	5,26%	E4- "Não está claro (abstrato)".
2.3.4	Manter equilíbrio emocional	100%	0,00%	0,00%	
2.3.5	Ter habilidade para comunicação interpessoal, verbal e não verbal	100%	0,00%	0,00%	

2.3.6	Conservar postura corporal aberta, não cruzar braços e pernas	94,74%	0,00%	5,26%	
2.3.7	Atentar para a aparência pessoal, vestuário e odores	89,47%	5,26%	5,26%	
	Comentários ou Sugestões da seção				<p>E16- “Manter aparência, identificação pessoal, assim como principalmente demonstrar firmeza, conhecimento e autenticidade perante a família no que se refere ao protocolo de ME, garante a confiabilidade ao processo”.</p> <p>E17- “Aqui falamos sobre características do entrevistador, ele deverá construir uma relação de empatia com a família, algumas famílias são mais abertas não havendo necessidade do entrevistador ser sério demasiadamente, o importante e isso a literatura nos diz é transmitir confiança, respeito, sensibilidade e sinceridade”.</p>
2.4	Acompanhar e Acomodar a família na sala				
2.4.1	Acompanhar a família, acomodar todos na sala e apresentar a equipe com nome e profissão	100%	0,00%	0,00%	
2.4.2	Solicitar que os familiares se apresentem, nome e parentesco	94,74%	0,00%	5,26%	

2.4.3	Averiguar quem são os responsáveis legais	89,47%	0,00%	10,53%	E19- “Averiguar - trocar por identificar os responsáveis legais”.
2.4.4	Identificar possíveis conflitos familiares	89,47%	5,26%	5,26%	
	Comentários ou Sugestões da seção				E16- “A CIHDOTT acompanhar a família em questão, com objetivo de conhecê-los pelo nome, dispensando apresentação no momento da visita. Com isso também saber identificar os responsáveis legais e possíveis conflitos familiares”. E17- “Os conflitos familiares aparecem em toda a entrevista, não especificamente em acomodar e acompanhar, acredito que este tópico poderá ser colocado mais à frente quando já se inicia o diálogo para conhecer melhor os familiares”. E19- “Todas as questões precisam de revisão de português”.
2.5	Atuar na má notícia				
2.5.1	Acompanhar a notícia do óbito repassada pelo médico	89,47%	0,00%	10,53%	E4- “Sempre que possível, acompanhar...”
2.5.2	Avaliar nível de compreensão da morte encefálica pelos familiares	94,74%	0,00%	5,26%	
2.5.3	Certificar que as dúvidas sejam questionadas e esclarecidas	89,47%	0,00%	10,53%	E4- “Estimular”.
2.5.4	Responder todas as perguntas da família	100%	0,00%	0,00%	
2.5.5	Identificar quem são os membros	84,21%	10,53%	5,26%	

	com poder de decisão				
2.5.6	Lastimar a morte do paciente e prestar sentimentos aos familiares	68,42%	5,26%	26,32%	E1- "Trocar a palavra lastimar por lamentar". E19- "Somente prestar sentimentos aos familiares. Retirar "lastimar".
2.5.7	Permitir que o profissional médico se retire	84,21%	10,53%	5,26%	
2.5.8	Proporcionar tempo para a família assimilar o falecimento	89,47%	0,00%	10,53%	
	Comentários ou Sugestões da seção				E16- "Certificar o entendimento da família quanto ao processo do protocolo de ME, diagnóstico, é de fundamental importância para que a família compreenda o óbito". E17- "Este é um momento para mim, em que o especialista deve esquecer a doação, sei que isso é difícil de colocar em um guia, mais ao longo dos anos percebi que o quanto mais a família percebe que você está interessado na doação se torna mais difícil este dialogo. Este é um momento de acolhimento (talvez um item sobre acolhimento aqui fosse fundamental). Por isso tiro quem tem poder de decisão, após estabelecer relação de ajuda identifique quem pode".
2.6	Estabelecer relação de ajuda				
2.6.1	Consentir que a família expresse seus sentimentos	89,47%	0,00%	10,53%	E4- "Possibilitar". E19- "Consentir (retirar) que a família expresse seus sentimentos -

					Permitir que a família expresse seus sentimentos”.
2.6.2	Estabelecer relação de ajuda para a família	100%	0,00%	0,00%	
2.6.3	Oferecer auxílio aos familiares nas necessidades apresentadas	100%	0,00%	0,00%	
2.6.4	Identificar e trabalhar as fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação)	100%	0,00%	0,00%	
2.6.5	Utilizar as ferramentas de comunicação (escuta ativa, reflexo das emoções, paráfrase, clarificação)	94,74%	0,00%	5,26%	
2.6.6	Realizar perguntas abertas (O que, quando, aonde, como)	100%	0,00%	0,00%	
2.6.7	Evitar perguntas fechadas (Porque)	84,21%	5,26%	10,53%	
2.6.8	Promover a visita no leito aos que desejarem e oportunizar privacidade	89,47%	5,26%	5,26%	
2.6.9	Propiciar tempo para a reintegração da família	94,74%	0,00%	5,26%	E4- “Não está claro”.
	Comentários ou sugestões da seção				E16- “Estar totalmente à disposição da família, sem trabalhar com tempo estimado, dando a eles condições psico espirituais para que entendam o processo do luto. Responder de forma clara e direta todas as perguntas por eles questionadas, permitindo que não fique dúvidas”.

					E17- “Conversar separadamente quando necessário, nessa relação de ajuda é que os conflitos familiares começam a aparecer”. E19- “Perguntas fechadas e abertas? Não faz sentido. Depende muito de cada família”.
2.7	Solicitar consentimento da doação				
2.7.1	Introduzir a oportunidade da doação de órgãos	89,47%	0,00%	10,53%	E4- “Introduzir a possibilidade”.
2.7.2	Fomentar a reflexão sobre a possibilidade de ajudar outras pessoas com esta atitude generosa e solidária	89,47%	5,26%	5,26%	E4- “Nem sempre a atitude é solidária e generosa”.
2.7.3	Fornecer todas as informações do processo relativas à legislação e importância social	89,47%	5,26%	5,26%	E19- “Fornecer todas as informações do processo relativas à legislação e importância social - já está abaixo, esclarecer sobre etapas. Evitar repetição”.
2.7.4	<b>Expor a lista de espera e os órgãos que podem ser doados</b>	<b>52,63%</b>	<b>10,53%</b>	<b>36,84%</b>	E4- “Não há necessidade de expor a lista de espera”.
2.7.5	Explicar sobre compatibilidade entre doador e receptores	78,95%	5,26%	15,79%	E17- “Falar sobre compatibilidade desperta muitas vezes o interesse em se conhecer o receptor, avaliar necessidade dessa questão”.
2.7.6	<b>Esclarecer os procedimentos, etapas e tempos do processo</b>	<b>100%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	
2.7.7	Reforçar sobre a integridade do corpo e ausência de custos para a família	84,21%	0,00%	15,79%	E4- “Esclarecer sobre a recomposição do corpo”.

2.7.8	Elucidar os trâmites administrativos	100%	0,00%	0,00%	
2.7.9	Responder todas as dúvidas e permitir a decisão familiar de forma livre e esclarecida	100%	0,00%	0,00%	
	Comentários ou sugestões da seção				<p>E7- "Nem sempre a família deseja receber muita informação. É importante que o entrevistador perceba isso, e forneça somente o que família necessite".</p> <p>E16- "Trabalhar com honestidade e clareza, esclarecendo todas as dúvidas referente ao processo de doação de órgãos e tecidos, preenchimento do formulário, termos, documentações, tempo de envio para central, sistema de identificação dos receptores em lista de espera, tempo de identificação das equipes cirúrgicas, procedimentos de captações, preparação do corpo e trâmite do IML (quando necessário), procedimento de tanatopraxia, entre outros, tudo para que haja o maior respeito frente aos limites familiares.</p> <p>E17- "Não solicite a doação muito rapidamente, ou seja, logo depois do diagnóstico de ME, em minha opinião um dos pontos chaves é o momento adequado para introduzir ou solicitar a doação, ela deverá</p>

					<p>vir da maneira mais natural possível, o treinamento do especialista em doação tem um peso enorme nesse momento.</p> <p>Acredito que identificar (exemplo quando a família pergunta e agora o que faremos?), e sim introduzir essa oportunidade esse privilégio explicando o porquê é um privilégio. O interessante é informar que se órgão não foi aceito não vai ser retirado, isso dá um valor de transparência ao processo”.</p>
2.8	Efetivar a Doação				
2.8.1	Preencher o Termo de Autorização de Remoção de Órgãos	100%	0,00%	0,00%	
2.8.2	Obter assinatura do responsável pela doação e duas testemunhas	100%	0,00%	0,00%	
2.8.3	Copiar documento com foto do potencial doador, do	84,21%	10,53%	5,26%	E4- “Não existe a obrigatoriedade de tal ação”.

	responsável e das testemunhas				E13- “Acredito ser necessário apenas xerox dos documentos dos responsáveis legal”.
2.8.4	Realizar o questionário da história médica e social	84,21%	0,00%	15,79%	
2.8.5	Informar sobre a possibilidade de desistência antes do procedimento cirúrgico	84,21%	0,00%	15,79%	
2.8.6	Repassar contato telefônico do profissional que será o contato com a família	94,74%	0,00%	5,26%	
2.8.7	Agradecer a doação	94,74%	0,00%	5,26%	E4- “E em caso de recusa?”
	Comentários ou Sugestões da seção				E16- “Documentar todo processo de doação, possibilitando respaldo legal para instituição e profissionais envolvidos. Ficar à disposição da família para atualizar referente aos horários dos procedimentos. Quanto ao questionário da história médica social, se for uma CIHDOTT atuante, fará esse processo durante as reuniões. Parabenizar os familiares pelo gesto de generosidade, amor e compaixão ao próximo, ressaltando a importância da doação de órgãos e tecidos”.
2.9	Recusa Familiar				
2.9.1	Encaminhar os familiares para os trâmites administrativos	89,47%	0,00%	10,53%	E1- “Trocar a palavra encaminhar por acompanhar”. E4- “Auxiliar”. E13- “Encaminhar os familiares para os trâmites

					administrativos! Colocaria acompanhar os familiares”.
2.9.2	Liberar o corpo para a família (funerária/IML)	94,74%	0,00%	5,26%	E4- “Auxiliar”.
2.9.3	Completar o relatório da entrevista familiar com o código do motivo da recusa	94,74%	0,00%	5,26%	E4- “Com o motivo da recusa”.
	Comentários ou Sugestões da seção				E16- “Acompanhar essa família junto ao Serviço Social para esclarecimento referente ao trâmite de liberação do corpo é indispensável para este serviço, uma vez que a família tem que ser assistida até o momento em que for necessário. Concluir esta fase com o preenchimento do formulário de notificação do protocolo de ME, apontando se for o caso o código da recusa, e na sequência encaminhar para central”. E17- “Acolher a família da mesma maneira da qual aquela que doa. Deixar da mesma maneira contatos telefônicos, elaborar e enviar carta de pêsames e de agradecimento pela entrevista. Se possível montar um serviço que possa trabalhar com esses enlutados”.
	Comentários ou Sugestões				E4- “Sugiro alterar título para “Atuação do Enfermeiro”. “Não está claro se a pesquisa está focando a atuação

					<p>do enfermeiro que atua na área ou qualquer enfermeiro”.</p> <p>E8- “Algumas questões precisam ser reformuladas quanto à redação. Os termos não estão condizentes com a entrevista familiar”.</p> <p>E10- “Acrescentaria um item sobre selecionar um familiar para realizar o contato informando sobre o processo de doação, pois pode acontecer falhas de comunicação, então definir junto com a família que vai realizar o contato sempre com a mesma pessoa evita que tais problemas aconteçam”.</p> <p>E11- “Esclarecer sobre impossibilidade de conhecer receptores. Esclarecer sobre resultados de sorologias que impeçam a doação. Esclarecer sobre lista única e não beneficiamento de pacientes com condições sociais privilegiadas. Esclarecer sobre possibilidade de utilização de órgãos e tecidos para pesquisa”.</p> <p>E16- “Sem mais. Grato por fazer parte desta ferramenta de auxílio para que possamos melhorar nossa performance diante dos processos de protocolo de ME e conseqüentemente as entrevistas familiares, oportunizando-os a doação de órgãos e tecidos”.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>E17- “Acredito já ter percorrido nos anteriores. Mais... Não ter medo de usar as palavras MORTE, e FALECIMENTO na entrevista. O médico deverá fornecer na notícia do óbito o horário já decretado da morte. Antes de iniciar a entrevista o especialista deverá observar duas questões. A família acha que o seu ente querido não irá se recuperar? A família acha que o ente querido está morto? Sei que a maioria não são itens mais formas de se conduzir, espero ter ajudado de alguma forma a construção desse trabalho”.</p> <p>E18- “Acho que os itens estão compatíveis com os objetivos do estudo”.</p>
--	--	--	--	--	---

Na primeira seção referente a planejar a entrevista familiar, nenhuma das questões obteve consenso máximo de 100%, todas as questões receberam comentários, os quais foram acatados e as questões reformuladas para a próxima rodada.

Referente à organização do local da entrevista, uma questão relativa a disponibilizar água atingiu 100% de consenso, porém foi agrupada e reenviada. Duas questões do tópico orientações para o entrevistador, sendo uma delas referente ao equilíbrio emocional e outra sobre habilidade de comunicação também atingiram o consenso total.

Uma questão alusiva a acompanhar e acomodar a família e uma na seção atuar na má notícia, concernente a responder todas as perguntas da família, atingiram o consenso máximo. Na seção sobre estabelecer relação de ajuda, quatro das nove questões atingiram o mesmo consenso. Uma das sentenças se refere a oferecer auxílio nas necessidades dos familiares, outra sobre identificar as fases do luto pelas

quais as famílias passam após a notícia do óbito, e ainda sobre realizar perguntas abertas para estimular assim o diálogo com a família alcançaram igualmente o consenso.

Na seção indicativa da solicitação da doação, três questões atingiram consenso de 100%, e, uma questão foi excluída. As sentenças que atingiram consenso foram referentes às informações e esclarecimentos para a família. A sentença que foi excluída é referente a expor a lista de espera de pacientes.

Foram reformuladas 45 questões, devido à pertinência e importância dos comentários. Após a análise do conteúdo das respostas da primeira rodada, as sentenças foram reformuladas, 7 delas agrupadas por similaridade, apontadas na análise de conteúdo, restando assim 38, que somadas as 13 fechadas, resultaram em 51 questões sequenciais enviadas na segunda rodada, além de um espaço ao final para comentários e sugestões.

#### 4.3 RESULTADO DA SEGUNDA RODADA

Na segunda rodada, as questões 4, 22, 26, 44 e 48 destacadas no quadro II, não atingiram o consenso final estabelecido de 80%, sendo assim foram reformuladas de acordo com os comentários e reenviadas para uma terceira rodada. A questão número 46 referente a informar sobre a possibilidade de desistência foi excluída.

QUADRO II- QUESTÕES RODADA 2

(Continua)

QUESTÃO	TÍTULO	MANTER	EXCLUIR	REFORMULAR	COMENTÁRIOS
01	É indispensável que familiares de todos os pacientes em possível morte encefálica (independentemente de serem potenciais doadores), sejam acompanhados desde a primeira reunião para comunicar a abertura do protocolo até a sua conclusão com a liberação do corpo para família.	81,25%	6,25%	12,50%	E14- "O item não tem relação com a específica com a etapa de entrevista (tema da dissertação), mas sim com todo o processo de doação (que não é foco do estudo). Ainda que haja influências, é importante fazer essa separação. É importante recordar que se trata de um guia prático para a realização de entrevista familiar".

02	Conhecer o histórico de internação e evolução clínica do paciente em situação de morte encefálica.	93,75%	0,00%	6,25%	
03	Verificar o completo e correto preenchimento de todos os formulários preconizados.	87,50%	0,00%	12,50%	E14- "Formulários preconizados? Refere-se a que exatamente? Não está claro".
04	Combinar com o médico que vai transmitir a notícia do óbito para que não introduza imediatamente o assunto da doação de órgãos.	75,00%	6,25%	18,75%	E14- "Não é possível aplicar em todas as situações que ocorrem no país. O que torna esse item frágil".
05	Convocar a família para comparecer ao hospital, portando documentos de identificação. Evitar, quando possível, a madrugada.	87,50%	0,00%	12,50%	E14- "Esse item refere-se ao momento de informar o diagnóstico de morte encefálica ou para realização da entrevista? Entrar em contato com um familiar e pedir para que compareça, portando documento de identificação pode gerar desconfiança de que algo ocorreu. Há necessidade de especificar melhor a razão da convocação".
06	Ter e demonstrar disponibilidade.	93,75%	0,00%	6,25%	E14- "Difícilmente uma pessoa que tem disponibilidade precise demonstrar, pois é inerente a condição. Uma pessoa que tem disponibilidade automaticamente demonstra que tem. "Ter disponibilidade (para que?)".
07	Buscar local ventilado, ambiente reservado e livre de ruídos e sons externos, conforme disponibilidade estrutural da instituição.	93,75%	0,00%	6,25%	E14- "Livre de ruídos (não necessita por sons externos)".

08	Providenciar assentos para todos os membros, inclusive os da equipe.	93,75%	0,00%	6,25%	E14- "Todos os membros (todos participantes do momento da entrevista)".
09	Disponibilizar água e lenços de papel.	81,25%	6,25%	12,50%	E14- "A família pode necessitar de outras coisas além desses dois itens (telefone, local para permanecer, alimentação, transporte). Sugiro algo como "Auxiliar a família em suas necessidades..." (Mais abrangente)".
10	Procurar se inteirar de todo o processo de doação.	87,50%	0,00%	12,50%	E14- "Não está claro o objetivo deste item. Para quê? Para realizar a entrevista? Para poder informar a família sobre o momento em que o processo de doação está?".
11	Agir com respeito, seriedade e sinceridade.	100%	0,00%	0,00%	
12	Manter equilíbrio emocional	100%	0,00%	0,00%	
13	Ter habilidade para comunicação interpessoal, verbal e não verbal.	100%	0,00%	0,00%	
14	Adotar postura corporal aberta, não cruzar braços e pernas.	93,75%	0,00%	6,25%	E14- "Procurar adotar".
15	Atentar para aparência pessoal: identificação, vestuário e odores.	81,25%	6,25%	12,50%	E14- "Item não está claro. Ex: Como deve ser a aparência pessoal exatamente? Item é subjetivo da forma como está".
16	Acompanhar a família, acomodar todos na sala e apresentar a equipe com nome e profissão.	100%	0,00%	0,00%	E14- "Apresentar a equipe (não é necessário especificar, nome e profissão, pois pode haver outros itens como instituição onde trabalha etc.)".
17	Solicitar que os familiares ou responsáveis legais se apresentem, com nome e parentesco.	87,50%	0,00%	12,50%	

	Identificar os membros com poder de decisão.				
18	Acompanhar, sempre que possível, a notícia do óbito repassada pelo médico.	93,75%	6,25%	0,00%	
19	Avaliar e se certificar da compreensão da morte encefálica pelos familiares.	87,50%	0,00%	12,50%	E6- "Substituir morte encefálica por morte". E14- "Certificar-se da compreensão".
20	Estimular que as dúvidas sejam questionadas e esclarecidas.	87,50%	0,00%	12,50%	E14- "Estimular os familiares para que apresentem suas dúvidas quanto ao processo de doação".
21	Responder todas as perguntas da família.	100%	0,00%	0,00%	
22	Fazer o possível para separar a notícia de óbito da solicitação da doação de órgãos e tecidos para transplante.	75,00%	6,25%	18,75%	E14- "Fazer o possível é muito vago para constar em um guia".
23	Prestar sentimentos aos familiares.	81,25%	6,25%	12,50%	E14- "Constar esse item em um guia parece forçado e não natural".
24	Respeitar o tempo da família para assimilar o falecimento.	93,75%	0,00%	6,25%	
25	Acolher, tentar compreender a dinâmica familiar e conflitos.	87,50%	6,25%	6,25%	
26	Estimular a família para expressar seus sentimentos.	75,00%	12,50%	12,50%	
27	Estabelecer relação de ajuda para a família.	100%	0,00%	0,00%	E14- "Este item contempla o item 9".
28	Oferecer auxílio aos familiares nas necessidades apresentadas.	100%	0,00%	0,00%	E14- "Este item está contemplado no item 27 também".
29	Identificar e trabalhar as fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação).	100%	0,00%	0,00%	E14- "Identificar é possível, mas trabalhar as fases de luto, acho bastante complexo para estar no guia".
30	Conhecer e utilizar as ferramentas de comunicação	87,50%	0,00%	12,50%	E14- "Conhecer as ferramentas de comunicação (não

	(escuta ativa, reflexo de emoções, paráfrase e clarificação).				especificar quais) Será que existem outras ferramentas?".
31	Realizar perguntas abertas (o que, quando, onde, como).	100%	0,00%	0,00%	
32	Evitar perguntas fechadas que induzam a respostas sim ou não.	81,25%	12,50%	6,25%	E14- "Já está contemplado no item 31, pois é o oposto".
33	Oportunizar a visita no leito aos que desejarem, com privacidade.	93,75%	6,25%	0,00%	E14- "Refere-se a algo que deve ocorrer, independente da entrevista. Será que é possível garantir privacidade no nosso sistema de saúde?".
34	Propiciar tempo para a restauração da família.	81,25%	6,25%	12,50%	
35	Introduzir a possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplante.	81,25%	12,50%	6,25%	E6- "Ao término da frase inserir: Após a o profissional ter certeza que a família assimilou a morte". E14- "Comunicar a possibilidade".
36	Fornecer todas as informações de como acontece o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.	87,50%	12,50%	0,00%	
37	Fomentar a reflexão sobre o tema doação de órgãos e tecidos para transplante.	87,50%	6,25%	6,25%	
38	Explicar os procedimentos, etapas e tempos do processo.	100%	0,00%	0,00%	
39	Esclarecer sobre a recomposição do corpo e ausência de custos para a família.	93,75%	0,00%	6,25%	
40	Elucidar os trâmites administrativos.	100%	0,00%	0,00%	
41	Responder todas as dúvidas e permitir a decisão familiar de forma livre e esclarecida.	100%	0,00%	0,00%	

42	Preencher o Termo de Autorização de Remoção de Órgãos e Tecidos.	100%	0,00%	0,00%	
43	Obter assinatura do responsável pela doação e duas testemunhas.	100%	0,00%	0,00%	
44	<b>Copiar documento com foto do potencial doador, do responsável e das testemunhas, seguir as normas do estado.</b>	<b>75,00%</b>	<b>12,50%</b>	<b>12,50%</b>	E9- "Acho desnecessário copias de documentos das testemunhas". E14- "Não existe razão legal para essa exigência, portanto não deve fazer parte de um guia".
45	Preencher o questionário da história médica e social.	87,50%	0,00%	12,50%	
46	<b>Informar sobre a possibilidade da desistência.</b>	<b>68,75%</b>	<b>12,50%</b>	<b>18,75%</b>	E10- "Achei vago sobre a desistência...Não sei se é bom usar este termo".
47	Deixar contato telefônico com a família.	100%	0,00%	0,00%	
48	<b>Agradecer e tranquilizar a família, mesmo em caso de recusa.</b>	<b>75,00</b>	<b>0,00</b>	<b>25,00%</b>	E10- "Achei confusa a redação...Não entendi o que quer dizer". E14- "Não está claro o item".
49	Acompanhar os familiares para os trâmites administrativos.	87,50%	6,25%	6,25%	E14- "Refere-se ao processo de doação e não à etapa de entrevista proposta no estudo".
50	Auxiliar na liberação do corpo para a família (funerária/IML).	87,50%	6,25%	6,25%	E10- "Não entendi se o auxílio é no hospital até a liberação para o IML/funerária ou se é nestes locais para a família...Escrita confusa". E14- "Refere-se ao processo de doação e não à etapa de entrevista proposta no estudo".
51	Completar o relatório da entrevista familiar com o motivo da recusa.	87,50%	6,25%	6,25%	E14- "Com o motivo da decisão (podemos também saber o motivo da doação?)".

52	Comentários ou sugestões				<p>E8- "Existem perguntas repetidas formuladas de outra maneira. Sugiro excluir".</p> <p>E11- "Impressiona saber que a pergunta nº 19 não atingiu 100% de consenso".</p> <p>E14- "Existem itens aplicados ao processo de doação e não à etapa de entrevista (objetivo do trabalho). É importante ter muita clareza para não perder esse foco no estudo, pois pode levar a um erro irremediável no estudo.</p> <p>Tratando-se de um guia, os itens devem ser pensados para aplicação em todo o país. Caso contrário, o estudo perde sua função enquanto guia. Acrescentar todos os itens "órgãos e tecidos".</p>
----	--------------------------	--	--	--	---

Das 45 questões restantes, que atingiram o consenso de 80% ou mais, algumas sugestões que não mudavam o sentido das sentenças foram acatadas e alteradas.

As 5 questões que não atingiram o consenso estabelecido foram reformuladas, e tratavam do momento de realizar a solicitação para doação, sobre os sentimentos dos familiares e agradecimentos, além da questão sobre a cópia dos documentos, que desde a primeira rodada é polêmica e não obtendo o consenso.

Para a terceira rodada, o guia foi subdividido em 3 tópicos: Entrevistador, Local da Entrevista e Entrevista Familiar, pois decorreram dos comentários do estudo, e da necessidade de apresentar os tópicos de forma mais didática e compreensível para os entrevistadores, com o intuito de facilitar para assimilar. Totalizaram 50 orientações, permaneceram abertas para respostas apenas as 5 questões, além de um campo para comentários e ou sugestões.

#### 4.4 RESULTADO DA TERCEIRA RODADA

Na terceira rodada, as 5 questões abertas para respostas obtiveram o consenso de no mínimo 80% e estão destacadas no quadro III, a questão número 49 alcançou ainda 100% de consenso dos participantes. Nesta última rodada nenhum participante realizou comentários ou sugestões.

QUADRO III - QUESTÕES RODADA 3

(Continua)

QUESTÃO	TÍTULO	MANTER	EXCLUIR	REFORMULAR
ENTREVISTADOR				
01	Ter e demonstrar disponibilidade.	93,75%	0,00%	6,25%
02	Agir com respeito, seriedade e sinceridade.	100%	0,00%	0,00%
03	Manter equilíbrio emocional.	100%	0,00%	0,00%
04	Possuir habilidade para comunicação interpessoal, verbal e não verbal.	100%	0,00%	0,00%
05	Adotar postura corporal aberta, não cruzar braços e pernas.	93,75%	0,00%	6,25%
06	Atentar para aparência pessoal: identificação, vestuário e odores.	81,25%	6,25%	12,50%
07	Procurar se inteirar de todo o processo de doação.	87,50%	0,00%	12,50%
LOCAL DA ENTREVISTA				
08	Buscar local ventilado, ambiente reservado e livre de ruídos, conforme disponibilidade estrutural da instituição.	93,75%	0,00%	6,25%
09	Providenciar assentos para todos os participantes do momento da entrevista.	93,75%	0,00%	6,25%
10	Disponibilizar água e lenços de papel.	81,25%	6,25%	12,50%
ENTREVISTA FAMILIAR				
11	É indispensável que familiares de todos os pacientes em possível morte encefálica (independentemente de serem potenciais doadores), sejam acompanhados desde a primeira reunião para comunicar a abertura do protocolo até a sua conclusão com a liberação do corpo para família.	81,25%	6,25%	12,50%
12	Conhecer o histórico de internação e evolução clínica do paciente em situação de morte encefálica.	93,75%	0,00%	6,25%
13	Verificar o completo e correto preenchimento de todos os formulários preconizados e do Termo de Declaração de Morte Encefálica.	87,50%	0,00%	12,50%
14	Ajustar com o profissional médico que vai transmitir a notícia do óbito que não introduza imediatamente o assunto da doação de órgãos e tecidos.	86,67%	0,00%	13,33%
15	Convocar a família para comparecer ao hospital, portando documentos de	87,50%	0,00%	12,50%

	identificação. Evitar, quando possível, a madrugada.			
16	Acompanhar a família, acomodar todos na sala e apresentar a equipe com nome e profissão.	100%	0,00%	0,00%
17	Solicitar que os familiares ou responsáveis legais se apresentem, com nome e parentesco. Identificar os membros com poder de decisão.	87,50%	0,00%	12,50%
18	Acompanhar, sempre que possível, a notícia do óbito repassada pelo médico.	93,75%	6,25%	0,00%
19	Estimular os familiares para que apresentem suas dúvidas.	93,33%	0,00%	6,67%
20	Responder todas as perguntas da família.	100%	0,00%	0,00%
21	Certificar-se da compreensão da morte pelos familiares.	87,50%	0,00%	12,50%
22	Prestar sentimentos aos familiares.	81,25%	6,25%	12,50%
23	Estabelecer relação de ajuda para a família.	100%	0,00%	0,00%
24	Acolher, tentar compreender a dinâmica familiar e conflitos.	87,50%	6,25%	6,25%
25	Identificar e trabalhar as fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação).	100%	0,00%	0,00%
26	Oportunizar a visita no leito aos que desejarem, com privacidade.	93,75%	6,25%	0,00%
27	Propiciar tempo para a restauração da família.	81,25%	6,25%	12,50%
28	Respeitar o tempo da família para assimilar o falecimento.	93,75%	0,00%	6,25%
29	Separar, quando possível, a notícia de óbito da solicitação da doação de órgãos e tecidos para transplante.	86,67%	0,00%	13,33%
30	Comunicar a possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplante, após ter certeza que a família assimilou a morte.	81,25%	12,50%	6,25%
31	Perguntar para a família o que sabem sobre o tema.	93,33%	0,00%	6,67%
32	Fornecer todas as informações de como acontece o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.	87,50%	12,50%	0,00%
33	Explicar os procedimentos, etapas e tempos do processo.	100%	0,00%	0,00%
34	Fomentar a reflexão sobre o tema doação de órgãos e tecidos para transplante.	87,50%	6,25%	6,25%
35	Conhecer e utilizar as ferramentas de comunicação (escuta ativa, reflexo de emoções, paráfrase e clarificação).	87,50%	0,00%	12,50%
36	Realizar perguntas abertas (o que, quando, onde, como).	100%	0,00%	0,00%
37	Evitar perguntas fechadas que induzam a respostas sim ou não.	81,25%	12,50%	6,25%
38	Esclarecer sobre a recomposição do corpo e ausência de custos para a família.	93,75%	0,00%	6,25%
39	Elucidar os trâmites administrativos.	100%	0,00%	0,00%
40	Oferecer auxílio aos familiares nas necessidades apresentadas.	100%	0,00%	0,00%

41	Responder todas as dúvidas e permitir a decisão familiar de forma livre e esclarecida.	100%	0,00%	0,00%
42	Preencher o Termo de Autorização de Remoção de Órgãos e Tecidos.	100%	0,00%	0,00%
43	Obter assinatura do responsável pela doação e duas testemunhas.	100%	0,00%	0,00%
44	Copiar documento com foto do potencial doador e do responsável pela doação.	80,00%	6,67%	13,33%
45	Preencher o questionário da história médica e social.	87,50%	0,00%	12,50%
46	Deixar contato telefônico com a família.	100%	0,00%	0,00%
47	Acompanhar os familiares para os trâmites administrativos.	87,50%	6,25%	6,25%
48	Auxiliar na liberação do corpo para a família (funerária/IML).	87,50%	6,25%	6,25%
49	Agradecer a família, mesmo em caso de recusa.	100%	0,00%	0,00%
50	Completar o relatório da entrevista familiar com o motivo da decisão.	87,50%	6,25%	6,25%

A questão número 44 “Copiar documento com foto do potencial doador e do responsável pela doação”, foi o item derradeiro em obter consenso e, de todo o guia foi o que apresentou o mais baixo percentual de consenso, de exatamente 80%.

Durante todas as rodadas o guia de orientação foi transformado e reformulado, com base, principalmente nos comentários e sugestões que emergiram. Na terceira rodada o consenso pré-estabelecido de 80% ou mais, foi alcançado em todas as 50 orientações resultantes.

A versão final é composta de 50 sentenças, subdivididas em 3 tópicos, consistindo em: entrevistador, composto por 7 sentenças; local da entrevista, com 3 sentenças e entrevista familiar com as 40 sentenças restantes.

#### 4.5 PRODUTO FINAL: GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA A ENTREVISTA FAMILIAR NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

##### ENTREVISTADOR:

1. Ter e demonstrar disponibilidade.
2. Agir com respeito, seriedade e sinceridade.
3. Manter equilíbrio emocional.
4. Possuir habilidade para comunicação interpessoal, verbal e não verbal.
5. Adotar postura corporal aberta, não cruzar braços e pernas.
6. Atentar para aparência pessoal: identificação, vestuário e odores.

7. Procurar se inteirar de todo o processo de doação.

#### LOCAL DA ENTREVISTA:

8. Buscar local ventilado, ambiente reservado e livre de ruídos, conforme disponibilidade estrutural da instituição.
9. Providenciar assentos para todos os participantes do momento da entrevista.
10. Disponibilizar água e lenços de papel.

#### ENTREVISTA FAMILIAR:

11. É indispensável que familiares de todos os pacientes em possível morte encefálica (independentemente de serem potenciais doadores), sejam acompanhados desde a primeira reunião, para comunicar a abertura do protocolo até a sua conclusão, com a liberação do corpo para família.
12. Conhecer o histórico de internação e evolução clínica do paciente em situação de morte encefálica.
13. Verificar o completo e correto preenchimento de todos os formulários preconizados e do Termo de Declaração de Morte Encefálica.
14. Ajustar com o profissional médico que vai transmitir a notícia do óbito que não introduza imediatamente o assunto da doação de órgãos e tecidos.
15. Convocar a família para comparecer ao hospital, portando documentos de identificação. Evitar, quando possível, a madrugada.
16. Acompanhar a família, acomodar todos na sala e apresentar a equipe com nome e profissão.
17. Solicitar que os familiares ou responsáveis legais se apresentem, com nome e parentesco. Identificar os membros com poder de decisão.
18. Acompanhar, sempre que possível, a notícia do óbito repassada pelo médico.
19. Estimular os familiares para que apresentem suas dúvidas.
20. Responder todas as perguntas da família.
21. Certificar-se da compreensão da morte pelos familiares.

22. Prestar sentimentos aos familiares.
23. Estabelecer relação de ajuda para a família.
24. Acolher, tentar compreender a dinâmica familiar e conflitos.
25. Identificar e trabalhar as fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação).
26. Oportunizar a visita no leito aos que desejarem, com privacidade.
27. Propiciar tempo para a restauração da família.
28. Respeitar o tempo da família para assimilar o falecimento.
29. Separar, quando possível, a notícia de óbito da solicitação da doação de órgãos e tecidos para transplante.
30. Comunicar a possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplante, após ter certeza que a família assimilou a morte.
31. Perguntar para a família o que sabem sobre o tema.
32. Fornecer todas as informações de como acontece o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.
33. Explicar os procedimentos, etapas e tempos do processo.
34. Fomentar a reflexão sobre o tema doação de órgãos e tecidos para transplante.
35. Conhecer e utilizar as ferramentas de comunicação (escuta ativa, reflexo de emoções, paráfrase e clarificação).
36. Realizar perguntas abertas (o que, quando, onde, como).
37. Evitar perguntas fechadas que induzam a respostas sim ou não.
38. Esclarecer sobre a recomposição do corpo e ausência de custos para a família.
39. Elucidar os trâmites administrativos.
40. Oferecer auxílio aos familiares nas necessidades apresentadas.
41. Responder todas as dúvidas e permitir a decisão familiar de forma livre e esclarecida.

42. Preencher o Termo de Autorização para Remoção de Órgãos e Tecidos.
43. Obter assinatura do responsável pela doação e duas testemunhas.
44. Copiar documento com foto do potencial doador e do responsável pela doação.
45. Preencher o questionário da história médica e social.
46. Deixar contato telefônico com a família.
47. Acompanhar os familiares para os trâmites administrativos.
48. Auxiliar na liberação do corpo para a família (funerária/IML).
49. Agradecer a família, mesmo em caso de recusa.
50. Completar o relatório da entrevista familiar com o motivo da decisão.

## 5 DISCUSSÃO

Muitas sentenças que alcançaram o consenso remetem a ações de humanização, que estão diretamente ligadas ao consentimento familiar, comprovado pelo consenso máximo obtido na primeira rodada.

Uma das questões sugere que água e lenços sejam disponibilizados para a família. Acolher os familiares é uma atitude e habilidade do entrevistador que facilitam a comunicação e a tomada de decisão (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012a).

Duas das questões que alcançaram consenso máximo na primeira rodada dizem respeito a estabelecer relação de ajuda para a família e oferecer auxílio nas necessidades apresentadas pelos familiares. Em um estudo realizado com dez enfermeiros do serviço de procura de órgãos de São Paulo, os mesmos referiram que a relação de ajuda estabelecida aos familiares facilita a interação e proporciona recursos para a família enfrentar a perda, sendo, portanto, importante para a humanização do processo. Para esses entrevistados humanizar o processo de doação é uma necessidade na prática do enfermeiro (MORAES et al., 2014).

Outra questão que atingiu o consenso máximo na primeira etapa é referente à habilidade de comunicação interpessoal, verbal e não verbal. Na comunicação é fundamental que a equipe de saúde tenha habilidade para transmitir informações de forma objetiva, com simplicidade e clareza. Na pesquisa referente à vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos, os pesquisados consideraram que a transparência na comunicação proporciona a possibilidade aos familiares de decidir com autonomia sobre a doação de órgãos (MORAES et al., 2014).

Uma questão de consenso 100% se refere ao entrevistador manter o equilíbrio emocional, uma vez que a entrevista familiar pressupõe uma complexidade e intensidade de sentimentos, tanto para os entrevistadores como para a família.

Em uma pesquisa desenvolvida em 2012 com 24 profissionais foi questionado “Como você lida com a emoção no ato da entrevista?”. Os resultados demonstraram que eles constituem diferentes relações, seja separando as próprias emoções, ou se permitindo envolver pela situação, ou ainda não permitindo envolvimento, estabelecendo uma relação “profissional” (FONSECA; TAVARES, 2015).

Dentre as questões do estudo, algumas delas só atingiram o consenso mínimo estabelecido na terceira rodada. Os temas dessas sentenças são sobre o

momento de introduzir a possibilidade da doação, sobre separar a notícia do óbito da solicitação da doação, e a cópia de documento de identificação.

Outra sentença que atingiu 100% de consenso se refere a acompanhar e acomodar os familiares na sala. Um dos aspectos que interfere na entrevista familiar é a estrutura física inadequada das instituições, que prejudica a humanização nesta etapa devido à falta de privacidade para a conversa com a família. É desaconselhada a entrevista em corredores e dentro da UTI (MORAES et al., 2014; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Num estudo sobre os fatores que facilitam e dificultam à entrevista familiar, os 18 profissionais entrevistados apontaram que um local adequado, que seja calmo, facilita a realização da entrevista. Da mesma maneira, um local que possui ruídos, trânsito de pessoas e a inexistência de assentos para acomodar a família, pode dificultar a entrevista (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Sobre combinar com o médico que vai transmitir a notícia do óbito que não introduza imediatamente o assunto da doação de órgãos e tecidos, foi uma questão que tardou em atingir o consenso, porém a literatura explica que iniciar o assunto da doação imediatamente após a notícia do óbito pode dificultar a entrevista, pois a família pode estar em estado de choque ou não ter condições psicológicas para compreender as colocações naquele momento (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Outra sentença diz sobre separar, quando possível, a notícia de óbito da solicitação da doação de órgãos e tecidos para transplante e, outra sobre estimular os familiares para que apresentem suas dúvidas. Inicialmente, o médico intensivista deve dar a notícia da morte encefálica, permitindo que os familiares expressem suas dúvidas, as quais devem ser esclarecidas. Depois que a família assimilar a notícia uma nova equipe, quando oportuno, faz a solicitação da doação (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Responder todas as perguntas da família, esclarecer os procedimentos, etapas e tempos do processo, além de elucidar os trâmites administrativos foram questões que também atingiram o consenso máximo. Se executadas estas orientações, permitem a decisão familiar de forma livre e esclarecida.

A possibilidade de desistência da doação é um direito das famílias, porém a questão que abordava informar esta prerrogativa aos familiares não atingiu consenso e foi excluída. A doação ocorre após consenso familiar e a decisão pode ser revogada

após a assinatura do consentimento, desde que antes do início do procedimento cirúrgico para a remoção dos órgãos e tecidos (GARCIA et al., 2015).

Um estudo qualitativo fenomenológico sobre as experiências e expectativas no cuidado ao doador de órgãos e familiares, no qual 20 enfermeiros de UTI foram entrevistados individualmente, desvelou que um dos obstáculos por eles vivenciados é o despreparo para lidar com familiares que perdem um ente querido. Este estudo considera que a comunicação eficaz facilita a aceitação da morte e a doação (MORAES et al., 2015b).

A sentença agradecer a família, mesmo em caso de recusa, alcançou o consenso máximo na terceira rodada. A equipe deve oferecer apoio aos familiares, independente da manifestação contrária à doação. A postura ética e o respeito diante do sofrimento da família é um dever do profissional (MORAES; MASSAROLLO, 2009).

A questão que apresentou maior delonga para atingir o consenso foi referente a copiar documento com foto do potencial doador e do responsável pela doação. Comentários referentes a esta questão na primeira e segunda rodada como: E4- “Não existe a obrigatoriedade de tal ação”, E9- “Acho desnecessário cópias de documentos das testemunhas”, E14- “Não existe razão legal para essa exigência, portanto não deve fazer parte de um guia”, pautaram o reenvio da questão, pois realmente a legislação não é clara quanto a tal exigência.

No Paraná é necessário que cópias dos documentos do potencial doador, responsável pela doação e testemunhas sejam anexadas ao Termo de Autorização para Remoção de múltiplos órgãos/tecidos (PARANÁ, 2016).

A obtenção de informações por meio da comunicação com a família é crucial para estabelecer a ajuda, realizar perguntas abertas, precisas e relevantes, dominar técnicas de comunicação verbal – escuta ativa, clarificação, reflexo de emoções, resumo de informações, paráfrase, manejo adequado do silêncio - e não verbal como inclinar o corpo em posição de interesse para a família, postura aberta – braços e pernas descruzados – contato visual, tom de voz sereno, audível e claro, sem titubear, ténue contato físico ocasional para confortar, favorece e estimula o diálogo (GÓMEZ; SANTIAGO, 2008, ARAUJO; SILVA, 2012).

Um estudo revelou que a entrevista familiar é uma etapa complexa por envolver aspectos relativos ao entrevistador, ao entrevistado e ao local da entrevista; justamente os tópicos que emergiram nesta pesquisa. A despeito disso, evidenciamos

que há necessidade de capacitação profissional para conhecer e lidar com os fatores que facilitam e dificultam esta etapa (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012a).

Quando os familiares são devidamente esclarecidos, permite a transparência e evita dúvidas e angústia dos mesmos. Dessa forma, as informações devem ser transmitidas com regularidade, de forma clara, simples e objetiva. Para tanto, a formação profissional por meio da educação permanente, oportunizando aquisição de habilidade de comunicação eficaz, é de fundamental importância para o processo (MORAES et al., 2015a).

Os enfermeiros que lidam cotidianamente com a morte correm o risco de se tornarem insensíveis, sendo importante ressaltar que seu papel fundamental engloba o ato de acolher e cuidar (CAMATTA et al., 2011).

A educação é apontada como a estratégia mais apropriada para superar os obstáculos e aperfeiçoar a obtenção de órgãos e tecidos para transplante. Para o aprimoramento da prática da entrevista familiar, o entrevistador deve ser capacitado com conteúdo teórico, técnico e científico, além da capacitação em técnicas de comunicação eficaz (KNIHS, 2014; MORAES et al., 2014; SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

É fundamental que durante a entrevista familiar o enfermeiro utilize todos os elementos da comunicação verbal e não verbal, para assim aprimorar o acolhimento e apoio emocional aos familiares que estão vivenciando a perda.

A relação de ajuda estabelecida pelos profissionais propicia o estreitamento da comunicação entre eles e a família, permitindo que os familiares exponham suas incertezas e sentimentos, esclareçam dúvidas pertinentes ao processo e estejam alicerçados para a tomada de decisão em relação à doação de órgãos e tecidos.

Na prática, onde inevitavelmente acontece a comunicação entre profissionais da saúde das áreas críticas hospitalares e familiares de pacientes, dentre eles os que evoluíram para morte encefálica, um guia que proporcione orientações é útil por recordá-los ou conduzi-los no desenvolvimento desta etapa para assim possibilitar ajuda e esclarecimentos necessários para a tomada de decisão da família.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todo o mundo há um desequilíbrio entre a oferta e a demanda por órgãos e tecidos para transplantes. Há uma gama enorme de questões envolvidas no processo de doação e transplante, de natureza ética, religiosa, psicológica, conflitos familiares, sentimentos aflorados diante da internação e morte de um ente querido. Além dos aspectos referidos, outro ligado à atuação do enfermeiro, à realização da entrevista familiar, como o preparo, habilidades e conhecimento do entrevistador, o local e a maneira como a entrevista é realizada, podem interferir na decisão de doar os órgãos e tecidos.

Ressalta-se, desse modo, que a atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos inclui o acolhimento da família como parte fundamental, com reflexos na qualidade do atendimento oferecido, no número de doações consentidas e podendo assim contribuir para o aumento do número de transplantes.

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi de propor um guia com orientações para o enfermeiro realizar a entrevista familiar. A partir da elaboração e divulgação deste guia, os profissionais terão acesso e subsídios para programar sua atuação junto às famílias, possibilitando a detecção e minimização de possíveis inconformidades, contribuindo para o aumento das doações, redução das elevadas taxas de recusa familiar, e, conseqüentemente a diminuição da fila de espera devido ao incremento dos transplantes.

A entrevista familiar guiada pelo entrevistador visa assegurar um atendimento humanizado e garantir o direito dos familiares a receber todas as informações sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, para assim decidir de forma esclarecida.

Com o resultado da pesquisa almejamos que os enfermeiros reflitam e se conscientizem sobre seu papel essencial de ajuda e acolhimento às famílias que vivenciam um momento de sofrimento, de perda, possibilitando assim a tomada de decisão quanto à doação de órgãos e tecidos. A execução das orientações apresentadas pode interferir positivamente na decisão dos familiares.

Esta pesquisa poderá contribuir para a enfermagem por se tratar de uma temática atual, relevante e em constante evolução. O “Guia de Orientação para a Entrevista Familiar no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para

Transplante”, ora proposto, visa o aprimoramento da atuação do enfermeiro na entrevista familiar, no processo de doação de órgãos e tecidos, sendo fundamental para que não só os profissionais se sintam mais preparados e seguros, como as famílias recebam um atendimento humanizado, sejam compreendidas e acolhidas em um momento de fragilização emocional. Como produção científica, este guia poderá ser utilizado como material auxiliar em capacitações e treinamentos, realizados pelo setor de trabalho da pesquisadora, oferecidos pelo Sistema Estadual de Transplantes do Paraná, podendo inclusive ser adotado por outros estados.

O “Guia de Orientação para a Entrevista Familiar no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante”, resultado do estudo, responde à questão norteadora, atinge o objetivo de elaboração do guia e atende a proposta do mestrado profissional de desenvolvimento de um produto.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, S. C. S. **Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores**. Dissertação. (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.
- ALMEIDA, K. C. **Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2003. v.56.
- ANDRADE, A. F. et al. **O teste de apneia no diagnóstico de morte encefálica**. Rev. Med., São Paulo. 2007 jul-set; v. 86, n. 3, p. 138-143.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - (ABTO). **Registro Brasileiro de Transpante**. São Paulo. 2015.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - (ABTO). **Registro Brasileiro de Transpante**. São Paulo. 2016.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. **O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento a dimensão emocional em cuidados paliativos**. Texto e Contexto, 2012, v 21, n 01, p. 121 – 129.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, São Paulo, 2011.
- BATISTA, A.C.R; SILVA JUNIOR, O. L.; CANOVA, J. C. M. **Atuação do Enfermeiro no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante**. Bras Transp. 2012. P.1689-1714.
- BORGES, M.C.L.A. et al. **Desvelando o Cuidado de Enfermagem ao Paciente Transplantado Hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Escola Anna Nery. 2012, Out-dez; p.754-760.
- BRASIL. Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. **Legislação sobre transplantes no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 1997.
- 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. **Legislação sobre transplantes no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.
- BRASIL. Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009. **Aprova o regulamento técnico do sistema nacional de transplantes**. Ministério da Saúde. Brasília, 2009.
- BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde. Brasília, 2012. Acesso em: 02 de outubro de 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
- CAMATTA, J. A. P. et al. **Motivos da recusa a doação de órgãos apontados por familiares de pessoas com morte encefálica**. Jornal Brasileiro de Transplantes, São Paulo, 2011, v. 14, p. 1541-1588.

CAMPOS, C. J. G. **Método de Análise de conteúdo: ferramentas para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2004, v. 57, n. 5, p. 611-614.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. **Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta da pesquisa, possibilidades e limitações do método.** Inf. & Soc.: Est., João Pessoa, 2014, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan-abr.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. **A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica.** REME- Revista Mineira de Enfermagem, 2009, v. 13, n. 3, p. 429-434.

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

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. **A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos.** Cogitare Enfermagem, Curitiba, 2010, v. 15, n. 1, p. 69-73.

COLLI, M.; ZANI, A. V. **Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco.** REME- Revista Mineira de Enfermagem, 2016, p.20-30.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução. COFEN n. 292/2004.** Normatização da atuação de Enfermeiro na Captação e Transplante de órgãos e tecidos. São Paulo, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1.480, de 08 de agosto de 1997.** Estabelece critérios para caracterização de morte encefálica. Brasília, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1.826, de 24 de outubro de 2007.** Dispõe sobre a Suspensão do Suporte Terapêutico. Brasília, 2007.

COORDENAÇÃO DE EDIÇÕES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Legislação brasileira sobre doação de órgãos humanos e de sangue.** 2. ed., Brasília: Edições Câmara, 2009, p. 81.

DALBEM, G.G; CAREGNATO, R.C.A. **Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: Recusa Famílias.** Contexto Enferm. Florianópolis. 2010. p. 35-728.

FARO, A. C. M.; MANCUSSI, A. C. **Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem.** Revista Escola de Enfermagem da USP, 1997, v. 31, n. 1, p. 259-273.

FERNANDES, R. C.; SOLER, W. V.; PEREIRA, W. A.; **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, São Paulo, 2009.

FREIRE, I. L. S. et al. **Facilitadores e barreiras na efetividade da doação de órgãos e tecidos**. Texto & contexto - Enfermagem. Florianópolis, 2014, v. 23, n. 4, Out-Dez, p.925-934.

FREIRE, I. L. S. et al. **Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2015, v. 68, n. 5, Set-Out, p.837-845.

FONSECA, P.N.; TAVARES, C. M. M. **O Manejo das emoções dos coordenadores em transplantes na realização da entrevista para doação de órgãos**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2015. p.35.

FONSECA, P.I.M.N. et al., **Entrevista Familiar para doação de Órgãos: Conhecimento Necessários Segundo Coordenadores em Transplantes**. Fundam Care. 2016. p. 3979-3990.

GARCIA, C.D (org). et al. **Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Organizadores Clotilde Druck Garcia; Japão Drose Pereira; Valter Duro Garcia. – São Paulo: Segmento Farma, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GÓMEZ, P.; SANTIAGO, C. La entrevista familiar. In: MANTESANZ, R., et al. **El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes**. 2ª Edição. Madrid: Grupo Aula Médica, [S. L.], 2008. P.105-119.

HIGUERA, J. C. B. **La escucha activa em cuidados paliativos**. Rev Est Med Hum, 2012.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. Tradução Paulo Menezes, São Paulo: Martins Fontes, 7ª ed, 1996.

KNAPP, M. L.; HALL, J. A. **Comunicação não verbal na interação humana**. São Paulo: JSN, 1999.

KNIHS, N. S. et al. **Aplicação de instrumentos de qualidade em doação de órgãos e transplantes da Espanha validados em hospitais pilotos em Santa Catarina**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2015. v. 37, n. 3, p. 323-332.

LIRA, G. G. et al. **Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos**. Acta Paulista Enfermagem. São Paulo, 2012. v. 25, n. 2, p. 140-145.

LIMA, A. A. F. **Doação de órgãos para transplante: Conflitos éticos na percepção do profissional**. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2012. v. 36, n. 1, p. 27-33.

MANTESANZ, R., et al. **El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes**. 2ª edição. Madrid: Grupo Aula Médica, [S. L.], 2008.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S. **Avaliação da eficiência técnica e da eficiência de escala do Sistema Nacional de Transplantes**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007.

MENDES, K. D. S. et al. **Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro**. Texto & contexto - Enfermagem. Florianópolis, 2012. v. 21, n. 4, p. 945-953.

MORAES, E. L. et al. **Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. Revista Latino-Americana Enfermagem. Ribeirão Preto, 2008. n. 16, v. 3, p. 458-464

MORAES, E.L; MASSAROLLO, M.C.K.B. **A Recusa Familiar para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante**. Rev Latino em Enfermagem. USP. São Paulo. 2008.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. **Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores**. Acta Paulista Enfermagem. São Paulo, 2009. v. 22, n. 2, p. 131-135.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. **A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante**. Revista Latino-Americana Enfermagem. Ribeirão Preto, 2014. v. 22, n. 2, p. 226-233.

MORAES, E. L. et al., **Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgão e tecidos para transplante**. Ver Latino Americana Enfermagem. 2014. p. 226.

MORAES, E. L. et al., **Obstáculos no processo de doação de órgãos e estratégias para otimizar as taxas de consentimento familiar**. Revista Brasileira de Medicina. São Paulo, Edição Especial / Transplantes, 2015a. v. 72, junho, p. 05-11.

MORAES, E. L. et al., **Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família**. Revista Escola Enfermagem USP. São Paulo, 2015b. n. 49, p. 129-135.

OLIVEIRA, D. M. P.; PEREIRA, C. U.; FREITAS, Z. M. P. **Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma crânio-encefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia**. Arquivo Brasileiro Neurocirurgia, 2014. v. 33, p. 22-32.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Manual de transplantes**. 3. ed., Imprensa Oficial, Curitiba, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas da Saúde. **Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos**/Central Estadual de Transplantes – Curitiba: CET/PR, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Transplantes. **Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos**. 2ª edição, Curitiba, 2016.

PRADO, R. T.; DIAS, S. M.; CASTRO, E. A. B. **Competencias e habilidades para atuação do enfermeiro em banco de olhos**. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2014. v. 23, n. 1, p. 47-55.

REIS, D. J. F. et. al., **Doação e transplantes de órgãos no Brasil: filas de espera e famílias**. Revista mineira de educação física. Viçosa, 2010. n. 5, p. 96-104.

RECH, T.H; RODRIGUES FILHO, E. M. **Entrevista Familiar e Consentimento**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, 2007.

ROGERS, C. R. **Torna-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

SAÚDE PR. Paraná, 2017-. Disponível em:  
[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Comparativos\\_Transplantes\\_jan\\_AGOSTO\\_2017.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Comparativos_Transplantes_jan_AGOSTO_2017.pdf) Acesso em 03/10/17 as 07:00.

SAÚDE PR. Paraná, 2016-. Disponível em:  
<[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ListadeEspera\\_jan\\_fev\\_mar\\_abr\\_mai\\_Jun\\_2016.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ListadeEspera_jan_fev_mar_abr_mai_Jun_2016.pdf)> Acesso em 28/06/16 as 12:00

SAÚDE BR. Brasil, 2016-. Disponível em: <  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/969-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/snt-2/snt-2-linha-1-coluna-2/13426-sobre-o-sistema-nacional-de-transplantes>>. Acesso em 28/06/16 as 11:00

SANTOS, M. J.; MORAES, E. L; MASSAROLLO, M. C. K. B. **Comunicação de Más Notícias: Dilemas Éticos Frente à situação de Morte Encefálica**. O Mundo da Saúde. São Paulo. 2012b. p.34-40.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. **Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. Acta Paulista Enfermagem. São Paulo, 2011, v. 24, n. 4, p. 472-478.

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

SOUZA, A. T. S. et al. **A atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa**. R. Interd. 2014. v. 7, n. 3, p. 138-148.

SCARPARO, A. F. **Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em pesquisas na enfermagem**. Rev Rene. 2012; 13(1):242-51.

TELES, S. F.; NOGUEIRA, M. A. **O papel do enfermeiro na organização de procura de órgãos**. Revista Recien., São Paulo, 2015. v. 5, n. 15, p. 19-29.

VINUTO, J. **A Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa**. Temáticas. Campinas, 2016. v. 22, n. 44, p. 203-220.

WRIGHT, J. T.; GIOVINAZZO, R. A. **Delphi - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo**. Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, 2000. v. 01, n. 12.

## APÊNDICE I – CARTA CONVITE

Prezada (o) Senhora (or),

Gostaria de convidá-la (o) para compor o painel de participantes de uma pesquisa de caráter científico, que será conduzida de acordo com os preceitos éticos, e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

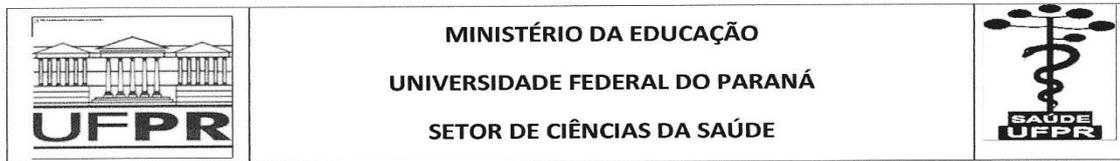
A pesquisa é intitulada: “Atuação da Enfermeira no Processo de Doação de Órgãos para Transplante: Entrevista Familiar”, desenvolvida sob a orientação da professora Dra. Elizabeth Bernardino da UFPR.

Sendo este um tema ainda pouco divulgado e com número reduzido de experts, esperamos contar com sua colaboração para realizarmos esta pesquisa cujo objetivo é propor um guia de orientação para a entrevista familiar da enfermeira no processo de doação de órgãos.

Caso aceite, novas instruções serão encaminhadas por e-mail.

Atenciosamente,  
Dra. Elizabeth Bernardino  
Luana Cristina Heberle dos Santos  
Discente do Mestrado Profissional em Enfermagem  
Universidade Federal do Paraná

## APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elizabeth Bernardino e Luana Cristina Heberle dos Santos, professora e aluna da pós graduação de enfermagem – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o Senhor (a), enfermeiro (a), que atua na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), Organização a Procura de Órgãos (OPO), Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) ou Universidade, para participar de um estudo intitulado **“A Atuação da Enfermeira no Processo de Doação de Órgãos: Entrevista Familiar”**.

O objetivo desta pesquisa é propor um guia de orientação para a entrevista familiar da enfermeira no processo de doação de órgãos e tecidos, e visa contribuir com a eficiência e eficácia da entrevista, melhorando o acolhimento, as informações e a compreensão das famílias, com consequente aumento do consentimento familiar.

É relevante, por se tratar de um campo da prática da enfermagem, demonstrando a atuação e vivência desta categoria profissional e, com as informações coletadas proporcionar a elaboração de um guia de orientações das ações e assim oferecer subsídios para transformar a realidade. Nesse sentido, sua participação é fundamental para a pesquisa.

- a) O objetivo desta pesquisa é descrever como deve ser a atuação da enfermeira na entrevista familiar, e elaborar um guia de orientação para a prática desta etapa.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário preencher eletronicamente um questionário, que após ser analisado e modificado conforme as sugestões dos participantes, será reenviado para atingir um consenso mínimo de 70%.
- c) Para tanto você deverá preencher o questionário via plataforma eletrônica, no prazo máximo de 15 dias a partir do recebimento, sendo à hora e local a sua escolha.
- d) Após a etapa de devolução do questionário, e consenso mínimo alcançado, será elaborado o guia de orientação, sendo então enviado para sugestões e aprovação.
- e) É possível que o senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao fato da pesquisa apresentar mais de uma rodada.
- f) A participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você não receberá nenhum tipo de bonificação em dinheiro, assim como não terá que arcar com nenhum custo.
- g) Os benefícios esperados com essa pesquisa proporcionam elementos que permitem balizar as práticas do enfermeiro, fomentar o ensino e auxiliar na qualificação dos profissionais e poderá contribuir para o avanço científico. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa.

h) A pesquisadora responsável Elizabeth Bernardino pode ser contatada pelo telefone 41 33613752 e pelo e-mail: elizaber@ufpr.pr e Luana Cristina Heberle pelo telefone 41 997975522 e e-mail: luanaheberle@sesa.pr.gov.br. Poderão ser localizadas na UFPR Campus Botânico Av. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

i) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento.

j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, pesquisador principal e assistente/colaborador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. Os dados coletados são para fim de pesquisa e possíveis publicações científicas.**

k) O material obtido – questionários – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será guardado pelas pesquisadoras por um período de 5 anos, e, após este, será destruído.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) da Secretaria de Saúde do Paraná, localizado no Hospital do Trabalhador pelo telefone (41) 32125700.

Eu, \_\_\_\_\_ li e entendi esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante de Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

## APÊNDICE III - RESUMO DO PROJETO

### INTRODUÇÃO

A terapêutica do transplante é alternativa eficaz no tratamento das doenças terminais de alguns órgãos, e em razão das crescentes tecnologias é uma modalidade segura, com resultados progressivamente melhores (GARCIA *et al.*, 2015).

A concretização do transplante depende da efetivação da doação, que acontece por meio de um processo complexo e dinâmico, sendo permeado, em toda sua extensão, pela atuação do enfermeiro. Seu desempenho é necessário em fases determinantes como a entrevista familiar, em que estes profissionais são os articuladores entre a possibilidade e a efetivação das doações (MORAES *et al.*, 2014).

O processo de doação de órgãos é complexo e envolve a atuação de diversos profissionais da área da saúde, em sua maioria médicos e enfermeiros. Conceitualmente, é um conjunto de ações que transformam um paciente potencial doador em doador efetivo de órgãos para transplante (PARANÁ, 2014).

A legislação brasileira exige o consentimento informado, portanto, a doação é decisão dos familiares, os quais participam de uma entrevista na qual devem ser fornecidas informações e suporte necessário para a tomada de decisão da família. Apesar disso, o conhecimento de todo o processo, o preparo e qualificação do profissional que realiza a entrevista é fundamental para o aceite familiar (GARCIA *et al.*, 2015).

### PROBLEMA

A recusa familiar contribui para que o número de doadores seja insuficiente para atender à demanda crescente de receptores em lista de espera e, dessa forma, vem sendo apontada como um dos fatores responsáveis pela escassez de órgãos e tecidos para transplante (MORAES E.L., MASSAROLO M.C.K.B, 2008).

### JUSTIFICATIVA

Sendo a capacitação do entrevistador um fator relevante para a redução da negativa familiar, justifica-se a elaboração de estratégias que possam servir de auxílio

na aprendizagem e contribuir com o processo de qualificação ofertado aos profissionais que realizam acolhimento e entrevista com as famílias.

## OBJETIVO

- Propor um guia de orientação para a entrevista familiar do enfermeiro no processo de doação de órgãos.

## TIPO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa.

## PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes são profissionais enfermeiros e enfermeiras que atuam no processo de doação de órgãos para fins de transplante, ou pesquisem e ensinam sobre a temática e possuam experiência e expertise, especialmente em entrevista familiar.

A seleção da amostra ocorreu por “amostragem bola-de-neve”, que consiste em solicitar aos participantes iniciais que indiquem ou recomendem outros sujeitos que preencham os critérios para o estudo.

## COLETA DE DADOS

A aprovação no comitê de ética, sob parecer

Foi construído um questionário fundamentado na literatura e na vivência da pesquisadora, com 09 itens subdivididos em tópicos, para que os respondentes classifiquem em “Manter, Excluir ou Reformular”.

O convite foi enviado via e-mail, após enviado o link para o participante, o qual é direcionado para a plataforma eletrônica *Survey Monkey*®, onde consta o TCLE e o questionário.

Será utilizada a Técnica Delphi, entre uma rodada e outra será dado um prazo de 15 dias. As rodadas serão repetidas até que se atinja um consenso mínimo de 80% em cada tópico.



## APÊNDICE IV – GUIA DA RODADA 1

1. Caracterização do Participante		
<b>1.1. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>1.2. Idade:</b>	<b>1.3. Local Trabalho:</b> <input type="checkbox"/> CNCDO <input type="checkbox"/> CIHDOTT <input type="checkbox"/> OPO <input type="checkbox"/> UNIVERSIDADE
<b>1.4. Qualificação Profissional:</b> <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-Doutorado		<b>1.4.1 Área:</b>
<b>1.5. Tempo de Atuação</b>		
<b>1.5.1 Na Instituição:</b>	<b>1.5.2 Processo de Doação:</b>	<b>1.5.3. Entrevista Familiar:</b>

2. Guia de Orientação para Entrevista Familiar 1
<p><b>2.1. Planejar a entrevista</b></p> <p><b>2.1.1 Apropriar-se do caso</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manter    <input type="checkbox"/> Excluir    <input type="checkbox"/> Reformular</p> <p><b>2.1.2 Conferir a conclusão do diagnóstico e correto preenchimento do termo de morte encefálica</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manter    <input type="checkbox"/> Excluir    <input type="checkbox"/> Reformular</p> <p><b>2.1.3 Certificar que o médico que vai transmitir a notícia do óbito conheça todo o caso</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manter    <input type="checkbox"/> Excluir    <input type="checkbox"/> Reformular</p> <p><b>2.1.4 Convocar a vinda de familiares com responsabilidade legal</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manter    <input type="checkbox"/> Excluir    <input type="checkbox"/> Reformular</p> <p><b>2.1.5 Ter disponibilidade de tempo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manter    <input type="checkbox"/> Excluir    <input type="checkbox"/> Reformular</p> <p><b>2.1.6 Avaliar a possibilidade de realizar a entrevista no período diurno, se residência da família distante e se a condição hemodinâmica do paciente permitir</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manter    <input type="checkbox"/> Excluir    <input type="checkbox"/> Reformular</p> <p><b>2.1.7 Separar a notícia do óbito da solicitação da doação</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manter    <input type="checkbox"/> Excluir    <input type="checkbox"/> Reformular</p> <p>Comentários ou sugestões:</p>
<p><b>2.2. Organizar local da entrevista familiar</b></p> <p><b>2.2.1 Averiguar se o local é ventilado</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manter    <input type="checkbox"/> Excluir    <input type="checkbox"/> Reformular</p>

2.2.2 Garantir que o ambiente seja reservado

Manter  Excluir  Reformular

2.2.3 Organizar assentos para todos os membros, inclusive os da equipe

Manter  Excluir  Reformular

2.2.4 Ajustar a temperatura da sala

Manter  Excluir  Reformular

2.2.5 Disponibilizar água

Manter  Excluir  Reformular

2.2.6 Oferecer lenços de papel

Manter  Excluir  Reformular

Comentários ou sugestões:

2.3 Orientações para o entrevistador

2.3.1 Possuir amplo conhecimento de todo o processo de doação/transplante

Manter  Excluir  Reformular

2.3.2 Mostrar-se sério e sincero/autêntico/verdadeiro

Manter  Excluir  Reformular

2.3.3 Apresentar-se discreto e respeitoso

Manter  Excluir  Reformular

2.3.4 Manter equilíbrio emocional

Manter  Excluir  Reformular

2.3.5 Ter habilidade para comunicação interpessoal, verbal e não verbal

Manter  Excluir  Reformular

2.3.6 Conservar postura corporal aberta, não cruzar braços e pernas

Manter  Excluir  Reformular

2.3.7 Atentar para a aparência pessoal, vestuário e odores

Manter  Excluir  Reformular

Comentários ou sugestões:

2.4 Acompanhar e Acomodar a família na sala

2.4.1 Acompanhar a família, acomodar todos na sala e apresentar a equipe com nome e profissão

Manter  Excluir  Reformular

2.4.2 Solicitar que os familiares se apresentem, nome e parentesco

Manter  Excluir  Reformular

2.4.3 Averiguar quem são os responsáveis legais

Manter  Excluir  Reformular

2.4.4 Identificar possíveis conflitos familiares

Manter  Excluir  Reformular

Comentários ou sugestões:

2.5. Atuar na má notícia

2.5.1 Acompanhar a notícia do óbito repassada pelo médico

Manter  Excluir  Reformular

2.5.2 Avaliar nível de compreensão da morte encefálica pelos familiares

Manter  Excluir  Reformular

2.5.3 Certificar que as dúvidas sejam questionadas e esclarecidas

Manter  Excluir  Reformular

2.5.4 Responder todas as perguntas da família

Manter  Excluir  Reformular

2.5.5 Identificar quem são os membros com poder de decisão

Manter  Excluir  Reformular

2.5.6 Lastimar a morte do paciente e prestar sentimentos aos familiares

Manter  Excluir  Reformular

2.5.7 Permitir que o profissional médico se retire

Manter  Excluir  Reformular

2.5.8 Proporcionar tempo para a família assimilar o falecimento

Manter  Excluir  Reformular

Comentários ou sugestões:

2.6. Estabelecer relação de ajuda

2.6.1 Consentir que a família expresse seus sentimentos

Manter  Excluir  Reformular

2.6.2 Estabelecer relação de ajuda para a família

Manter  Excluir  Reformular

2.6.3 Oferecer auxílio aos familiares nas necessidades apresentadas

Manter  Excluir  Reformular

2.6.4 Identificar e trabalhar as fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação)

Manter  Excluir  Reformular

2.6.5 Utilizar as ferramentas de comunicação (escuta ativa, reflexo das emoções, paráfrase, clarificação)

Manter  Excluir  Reformular

2.6.6 Realizar perguntas abertas (O que, quando, aonde, como)

Manter  Excluir  Reformular

2.6.7 Evitar perguntas fechadas (Porque)

Manter  Excluir  Reformular

2.6.8 Promover a visita no leito aos que desejarem e oportunizar privacidade

Manter  Excluir  Reformular

2.6.9 Propiciar tempo para a reintegração da família

Manter  Excluir  Reformular

Comentários ou sugestões:

2.7. Solicitar consentimento da doação

2.7.1. Introduzir a oportunidade da doação de órgãos e tecidos para transplante

Manter  Excluir  Reformular

2.7.2 Fomentar a reflexão sobre a possibilidade de ajudar outras pessoas com esta atitude generosa e solidária

Manter  Excluir  Reformular

2.7.3 Fornecer todas as informações do processo relativas à legislação e importância social

Manter  Excluir  Reformular

2.7.4. Expor a lista de espera e os órgãos e tecidos que podem ser doados

Manter  Excluir  Reformular

2.7.5 Explicar sobre compatibilidade entre doador e receptores

Manter  Excluir  Reformular

2.7.6 Esclarecer os procedimentos, etapas e tempos do processo

Manter  Excluir  Reformular

2.7.7 Reforçar sobre a integridade do corpo e ausência de custos para a família

Manter  Excluir  Reformular

2.7.8 Elucidar os trâmites administrativos

<input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.7.9 Responder todas as dúvidas e permitir a decisão familiar de forma livre e esclarecida <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular Comentários ou sugestões:
2.8. Efetivar a Doação 2.8.1 Preencher o Termo de Autorização de Remoção de Órgãos e Tecidos <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.8.2 Obter assinatura do responsável pela doação e duas testemunhas <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.8.3 Copiar documento com foto do potencial doador, do responsável e das testemunhas <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.8.4 Realizar o questionário da história médica e social <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.8.5 Informar sobre a possibilidade da desistência antes do procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.8.6 Repassar contato telefônico do profissional que será o contato com a família <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.8.7 Agradecer a doação <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular Comentários ou sugestões:
2.9. Recusa Familiar 2.9.1 Encaminhar os familiares para os trâmites administrativos <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.9.2 Liberar o corpo para a família (funerária/IML) <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular 2.9.3 Completar o relatório da entrevista familiar com o código do motivo da recusa <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Reformular Comentários ou sugestões:

Você acrescentaria mais algum item ou retiraria algum?

## APÊNDICE V – GUIA DA RODADA 2

1. É indispensável que familiares de todos os pacientes em possível morte encefálica (independentemente de serem potenciais doadores), sejam acompanhados desde a primeira reunião para comunicar a abertura do protocolo até a sua conclusão com a liberação do corpo para família.  
 Manter  Excluir  Reformular
2. Conhecer o histórico de internação e evolução clínica do paciente em situação de morte encefálica.  
 Manter  Excluir  Reformular
3. Verificar o completo e correto preenchimento de todos os formulários preconizados.  
 Manter  Excluir  Reformular
4. Combinar com o médico que vai transmitir a notícia do óbito para que não introduza imediatamente o assunto da doação de órgãos e tecidos.  
 Manter  Excluir  Reformular
5. Convocar a família para comparecer ao hospital, portando documentos de identificação. Evitar, quando possível, a madrugada.  
 Manter  Excluir  Reformular
6. Ter e demonstrar disponibilidade.  
 Manter  Excluir  Reformular
7. Buscar local ventilado, ambiente reservado e livre de ruídos e sons externos, conforme disponibilidade estrutural da instituição.  
 Manter  Excluir  Reformular
8. Providenciar assentos para todos os membros, inclusive os da equipe.  
 Manter  Excluir  Reformular
9. Disponibilizar água e lenços de papel.  
 Manter  Excluir  Reformular
10. Procurar se inteirar de todo o processo de doação.  
 Manter  Excluir  Reformular
11. Agir com respeito, seriedade e sinceridade.  
 Manter  Excluir  Reformular
12. Manter equilíbrio emocional (100%).
13. Ter habilidade para comunicação interpessoal, verbal e não verbal (100%).
14. Adotar postura corporal aberta, não cruzar braços e pernas.  
 Manter  Excluir  Reformular

15. Atentar para aparência pessoal: identificação, vestuário e odores.  
 Manter  Excluir  Reformular
16. Acompanhar a família, acomodar todos na sala e apresentar a equipe com nome e profissão(100%).
17. Solicitar que os familiares ou responsáveis legais se apresentem, com nome e parentesco. Identificar os membros com poder de decisão.  
 Manter  Excluir  Reformular
18. Acompanhar, sempre que possível, a notícia do óbito repassada pelo médico.  
 Manter  Excluir  Reformular
19. Avaliar e se certificar da compreensão da morte encefálica pelos familiares.  
 Manter  Excluir  Reformular
20. Estimular que as dúvidas sejam questionadas e esclarecidas.  
 Manter  Excluir  Reformular
21. Responder todas as perguntas da família (100%).
22. Fazer o possível para separara notícia de óbito da solicitação da doação de órgãos e tecidos para transplante.  
 Manter  Excluir  Reformular
23. Prestar sentimentos aos familiares.  
 Manter  Excluir  Reformular
24. Respeitar o tempo da família para assimilar o falecimento.  
 Manter  Excluir  Reformular
25. Acolher, tentar compreender a dinâmica familiar e conflitos.  
 Manter  Excluir  Reformular
26. Estimular a família para expressar seus sentimentos.  
 Manter  Excluir  Reformular
27. Estabelecer relação de ajuda para a família (100%).
28. Oferecer auxílio aos familiares nas necessidades apresentadas (100%).
29. Identificar e trabalhar as fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) (100%).
30. Conhecer e utilizar as ferramentas de comunicação (escuta ativa, reflexo de emoções, paráfrase e clarificação).  
 Manter  Excluir  Reformular
31. Realizar perguntas abertas (o que, quando, onde, como) (100%).

32. Evitar perguntas fechadas que induzam a respostas sim ou não.  
 Manter  Excluir  Reformular
33. Oportunizar a visita no leito aos que desejarem, com privacidade.  
 Manter  Excluir  Reformular
34. Propiciar tempo para a restauração da família.  
 Manter  Excluir  Reformular
35. Introduzir a possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplante.  
 Manter  Excluir  Reformular
36. Fornecer todas as informações de como acontece o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.  
 Manter  Excluir  Reformular
37. Fomentar a reflexão sobre o tema doação de órgãos e tecidos para transplante.  
 Manter  Excluir  Reformular
38. Explicar os procedimentos, etapas e tempos do processo (100%).
39. Esclarecer sobre a recomposição do corpo e ausência de custos para a família.
40. Elucidar os trâmites administrativos (100%).
41. Responder todas as dúvidas e permitir a decisão familiar de forma livre e esclarecida (100%).
42. Preencher o Termo de Autorização de Remoção de Órgãos e Tecidos (100%).
43. Obter assinatura do responsável pela doação e duas testemunhas (100%).
44. Copiar documento com foto do potencial doador, do responsável e das testemunhas, seguir as normas do estado.  
 Manter  Excluir  Reformular
45. Preencher o questionário da história médica e social.  
 Manter  Excluir  Reformular
46. Informar sobre a possibilidade da desistência.  
 Manter  Excluir  Reformular
47. Deixar contato telefônico com a família.  
 Manter  Excluir  Reformular
48. Agradecer e tranquilizar a família, mesmo em caso de recusa.  
 Manter  Excluir  Reformular
49. Acompanhar os familiares para os trâmites administrativos.  
 Manter  Excluir  Reformular

50. Auxiliar na liberação do corpo para a família (funerária/IML).

Manter  Excluir  Reformular

51. Completar o relatório da entrevista familiar com o motivo da recusa.

Manter  Excluir  Reformular

52. Comentários ou sugestões:

## APÊNDICE VI – GUIA DA RODADA 3

### ENTREVISTADOR:

1. Ter e demonstrar disponibilidade.
2. Agir com respeito, seriedade e sinceridade.
3. Manter equilíbrio emocional.
4. Possuir habilidade para comunicação interpessoal, verbal e não verbal.
5. Adotar postura corporal aberta, não cruzar braços e pernas.
6. Atentar para aparência pessoal: identificação, vestuário e odores.
7. Procurar se inteirar de todo o processo de doação.

### LOCAL DA ENTREVISTA:

8. Buscar local ventilado, ambiente reservado e livre de ruídos, conforme disponibilidade estrutural da instituição.
9. Providenciar assentos para todos os participantes do momento da entrevista.
10. Disponibilizar água e lenços de papel.

### ENTREVISTA FAMILIAR:

11. É indispensável que familiares de todos os pacientes em possível morte encefálica (independentemente de serem potenciais doadores), sejam acompanhados desde a primeira reunião para comunicar a abertura do protocolo até a sua conclusão com a liberação do corpo para família.
12. Conhecer o histórico de internação e evolução clínica do paciente em situação de morte encefálica.
13. Verificar o completo e correto preenchimento de todos os formulários preconizados e do Termo de Declaração de Morte Encefálica.
14. Ajustar com o profissional médico que vai transmitir a notícia do óbito que não introduza imediatamente o assunto da doação de órgãos e tecidos.  
 Manter  Excluir  Reformular
15. Convocar a família para comparecer ao hospital, portando documentos de identificação. Evitar, quando possível, a madrugada.
16. Acompanhar a família, acomodar todos na sala e apresentar a equipe com nome e profissão.
17. Solicitar que os familiares ou responsáveis legais se apresentem, com nome e parentesco. Identificar os membros com poder de decisão.
18. Acompanhar, sempre que possível, a notícia do óbito repassada pelo médico.
19. Estimular os familiares para que apresentem suas dúvidas.  
 Manter  Excluir  Reformular
20. Responder todas as perguntas da família.
21. Certificar-se da compreensão da morte pelos familiares.
22. Prestar sentimentos aos familiares.

23. Estabelecer relação de ajuda para a família.
24. Acolher, tentar compreender a dinâmica familiar e conflitos.
25. Identificar e trabalhar as fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação).
26. Oportunizar a visita no leito aos que desejarem, com privacidade.
27. Propiciar tempo para a restauração da família.
28. Respeitar o tempo da família para assimilar o falecimento.
29. Separar, quando possível, a notícia de óbito da solicitação da doação de órgãos e tecidos para transplante.

Manter  Excluir  Reformular

30. Comunicar a possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplante, após ter certeza que a família assimilou a morte.
31. Perguntar para a família o que sabem sobre o tema.
32. Fornecer todas as informações de como acontece o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.
33. Explicar os procedimentos, etapas e tempos do processo.
34. Fomentar a reflexão sobre o tema doação de órgãos e tecidos para transplante.
35. Conhecer e utilizar as ferramentas de comunicação (escuta ativa, reflexo de emoções, paráfrase e clarificação).
36. Realizar perguntas abertas (o que, quando, onde, como).
37. Evitar perguntas fechadas que induzam a respostas sim ou não.
38. Esclarecer sobre a recomposição do corpo e ausência de custos para a família.
39. Elucidar os trâmites administrativos.
40. Oferecer auxílio aos familiares nas necessidades apresentadas.
41. Responder todas as dúvidas e permitir a decisão familiar de forma livre e esclarecida.
42. Preencher o Termo de Autorização de Remoção de Órgãos e Tecidos.
43. Obter assinatura do responsável pela doação e duas testemunhas.
44. Copiar documento com foto do potencial doador e do responsável pela doação.

Manter  Excluir  Reformular

45. Preencher o questionário da história médica e social.
46. Deixar contato telefônico com a família.
47. Acompanhar os familiares para os trâmites administrativos.
48. Auxiliar na liberação do corpo para a família (funerária/IML).
49. Agradecer a família, mesmo em caso de recusa.

Manter  Excluir  Reformular

50. Completar o relatório da entrevista familiar com o motivo da decisão.
51. Comentários ou sugestões.

## ANEXO I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ



HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS:  
ENTREVISTA FAMILIAR

**Pesquisador:** Luana Cristina Heberle dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60856516.2.0000.5225

**Instituição Proponente:** secretaria de estado da saude do parana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.800.254

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa a respeito da atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos - entrevista familiar.

**Objetivo da Pesquisa:**

Elaborar e validar um guia com orientações para a entrevista familiar; analisar os dados estatísticos da evolução das doações no estado do Paraná;descrever a atuação da enfermeira na entrevista familiar para doação de órgãos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como benefício, a pesquisadora aponta a o estímulo a doação de órgãos e contribuição para a eficiência e eficácia do processo de trabalho, otimizando o consentimento familiar e reduzindo a fila de espera.

Como risco, a pesquisadora aponta a possibilidade de nem todos os experts que forem contactados participarem da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisadora informa que serão abordados experts das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), Organizações a Procura de Órgãos (OPO) E Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes CIHDOTT de hospitais.

**Endereço:** Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

**Bairro:** Novo Mundo

**CEP:** 81.050-000

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3212-5871

**E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.800.254

Não deixa claro como será a indicação dos profissionais da CIHDOTT dos hospitais.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora apresenta folha de rosto assinada, concordância da instituição e TCLE.

### Recomendações:

Esclarecer como será feita a indicação dos profissionais das CIHDOTT.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências éticas.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_806837.pdf	10/10/2016 15:35:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	10/10/2016 15:33:58	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ass.pdf	10/10/2016 15:26:26	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Termo_inicio_pesquisa.pdf	09/10/2016 01:56:16	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Oficio_encaminhamento_comite.pdf	09/10/2016 01:55:16	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/10/2016 00:59:23	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Extrato_Atta.pdf	09/10/2016 00:58:15	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	09/10/2016 00:57:52	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_Dados_Arquivos.pdf	09/10/2016 00:04:30	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Oficio_extrato_ata.pdf	09/10/2016 00:02:59	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Declaracao_uso_especifico_dados.pdf	09/10/2016 00:00:59	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Declaracao_Tornar_Publico_Resultados.pdf	07/10/2016 17:07:58	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito

**Endereço:** Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

**Bairro:** Novo Mundo

**CEP:** 81.050-000

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3212-5871

**E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.800.254

Brochura Pesquisa	Brochura.docx	07/10/2016 16:40:19	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Concordancia_instituicao.pdf	07/10/2016 16:30:49	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Check_List_Documental.docx	07/10/2016 16:28:19	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Outros	Analise_Merito.pdf	07/10/2016 16:19:27	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	07/10/2016 16:14:12	Luana Cristina Heberle dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 31 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**silvania klug pimentel**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

**Bairro:** Novo Mundo

**CEP:** 81.050-000

**UF:** PR

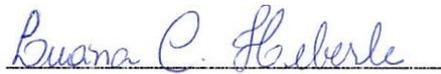
**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3212-5871

**E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br

## APÊNDICE VII – ALTERAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Solicito a alteração do pesquisador responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: “ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: ENTREVISTA FAMILIAR”. No cadastramento do projeto (CAAE 60856516.2.0000.5225), o pesquisador responsável foi equivocado. Trata-se da Profa. Dra. Elizabeth Bernardino (CPF 320.075.159-20).



LUANA CRISTINA HEBERLE

## ANEXO II – ALTERAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

PLATBR - Comunicado de alteração de **Pesquisador** Responsável



Equipe Plataforma Brasil

qua 14/06, 22:09

Você ▾

Prezado (a) Sr.(a.) Luana Cristina Heberle dos Santos,

Informamos que o Projeto ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: ENTREVISTA FAMILIAR tem um novo Pesquisador Responsável.

Pesquisador Anterior: Luana Cristina Heberle dos Santos

Novo Pesquisador Responsável: Elizabeth Bernardino

Atenciosamente,

Plataforma Brasil

Esta é uma mensagem automática. Favor não responder este e-mail.

## APÊNDICE VIII – TEXTO EXPLICATIVO DA RODADA 2

Caros participantes, agradecemos sua participação na primeira rodada, e agora contamos com a sua participação na segunda. Os comentários e sugestões foram considerados e incluídos nas questões, algumas foram reformuladas e outras agrupadas.

Na metodologia estava previsto que com consenso de 80% a questão estaria concluída, mas diante de sugestões tão pertinentes ponderou-se reformular, e, portanto, foram fechadas apenas as questões que atingiram consenso de 100%. As considerações sobre as questões podem ser elencadas no campo comentários e sugestões no final do questionário.

Reforçamos que o guia será destinado a enfermeiras (os) que em sua prática profissional tenham que atuar na entrevista familiar para doação de órgãos, sendo este profissional membro ou não da comissão intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT).

Sua participação é indispensável para criar esta ferramenta que pretende auxiliar os profissionais, melhorar o atendimento as famílias e incrementar as doações.

## APÊNDICE IX – TEXTO EXPLICATIVO DA RODADA 3

Prezados participantes, chegamos a terceira e última rodada da pesquisa, restam apenas seis itens que não atingiram o consenso mínimo estabelecido de 80%, e por isso foram reformulados e reenviados para apreciação. A única questão excluída nesta rodada foi a que informava sobre a desistência da doação. As demais atingiram o consenso e por isso estão fechadas para resposta, mas comentários e sugestões podem ser inseridos no último tópico. Agradecemos a participação de todos. Obrigada.