

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

ANGELO YASSUSHI HAYASHI

**AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA
REFLEXÃO BIOÉTICA**

CURITIBA

2018

ANGELO YASSUSHI HAYASHI

**AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA
REFLEXÃO BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética Área de concentração: Bioética, Ciência e Sociedade, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jussara Maria Leal de Meirelles

CURITIBA

2018

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Giovanna Carolina Massaneiro dos Santos – CRB 9/1911

H413a Hayashi, Angelo Yassushi
2018 Autonomia e tomada de decisão na doação de órgãos: uma reflexão bioética / Angelo Yassushi Hayashi; orientadora: Jussara Maria Leal de Meirelles. – 2018.

69 f.: il.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2018

Bibliografia: f. 54-59

1. Bioética. 2. Doação de órgãos, tecidos, etc. 3. Transplante de órgãos, tecidos, etc. 4. Processo decisório. I. Meirelles, Jussara Maria Leal de. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 12/2018
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

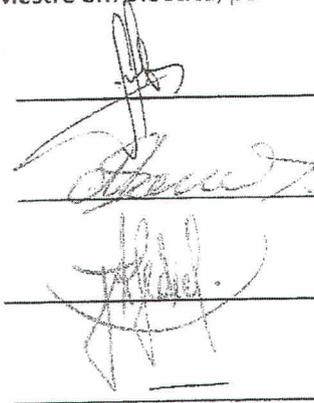
Em sessão pública às dezesseis horas do dia vinte e cinco de junho do ano de dois mil e dezoito, na sala 2 do mestrado, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação "AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA", apresentada pelo aluno **Angelo Yassushi Hayashi** sob orientação da **Professora Doutora Jussara Maria Leal de Meirelles** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Jussara Maria Leal de Meirelles
Presidente

Prof. Dr. Mário Antônio Sanches
Membro interno (PUCPR)

Prof. Dr. José Antônio Peres Gediel
Membro externo (UFPR)

Prof. Dr.^a Valquíria Elita Renk
Suplente

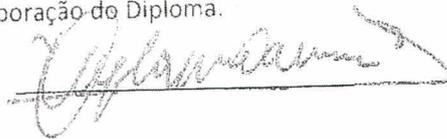


Início: 16:00 Término 18:45

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADO. (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno (a) **Angelo Yassushi Hayashi**




Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico este trabalho a minha família, que
me incentivou a enfrentar este novo
desafio, pelo apoio e paciência nas
minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde e força para superar as dificuldades, fortalecendo-me nos momentos desafiadores.

A minha família, pelo cuidado, dedicação e apoio que me dispensaram em alguns momentos, a esperança para prosseguir e a capacidade de acreditarem em mim.

A minha esposa, pessoa com quem amo compartilhar a vida. Obrigado pelo carinho, paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção, melhora tudo o que tenho produzido na vida.

Agradeço a esta Universidade, ao corpo docente, direção e administração, pela experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos, nesses espaços vivi a melhor experiência de minha formação acadêmica.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Jussara Maria Leal de Meireles, pelo suporte no tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos, primordial neste momento de agregar conhecimentos.

E a todos aqueles que, de alguma forma, estiveram e estão próximos, fazendo com que a vida valha a pena, muito obrigado.

“A verdadeira coragem é ir atrás de seus sonhos, mesmo quando todos dizem que ele é impossível”.

(CORA CORALINA)

RESUMO

Os aspectos bioéticos da doação de órgãos vão muito além do ato de captar e transplantar o órgão desejado. A preocupação com a saúde e a busca por tratamentos eficazes para a obtenção da cura sempre foram um desafio para a humanidade. Esta revisão narrativa teve como foco descrever as faces dos aspectos éticos frente à doação de órgãos *post mortem*. Busca realçar a autonomia e tomada de decisão dos familiares, que favorecem ou dificultam a decisão para doação de órgãos, resgatar pontos primordiais na literatura que aprimorem, eticamente, a decisão e o respeito pela escolha. Foram realizadas buscas por meio de produções científicas, literaturas e artigos de periódicos eletrônicos, fatores socioeconômicos, culturais, entre outros, que podem interferir na prática da doação de órgãos após a morte. Realizou-se ainda uma discussão sobre os aspectos bioéticos envolvidos, utilizando as seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs e BDTD. Além da análise de uma instituição hospitalar, localizada no Norte do Paraná, por sua Comissão Intra Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos (CIHDOTT), sobre as causas da recusa de doação mais frequentes nos anos de 2015 a 2017. Os textos analisados buscaram conceituar processos de doação de órgãos e outros abordaram autonomia, respeito e tomada de decisão, que vão ao encontro e fundamentam a importância de uma abordagem e cumplicidade com os familiares no momento tão delicado e dolorido da morte. Foram incluídos neste estudo artigos que discutiam “doação de órgãos”, “transplantes” e “bioética”, e excluídos os textos que não foram disponibilizados, textos incompletos, que apareceram em duplicata e que não citavam as palavras “doação de órgãos”, e os que não discutiam sobre o tema proposto. Na análise institucional, foram levantados dados estatísticos, com enfoque nas notificações realizadas e as causas de recusa de doações mais habituais. Destacou-se que a tomada de decisão correta e bem estruturada poderá beneficiar outras pessoas e garantir a qualidade de vida daqueles que precisam e esperam por um órgão.

Palavras-chave: Doação de órgãos. Bioética. Transplante

ABSTRACT

The bioethical aspects of organ donation go far beyond capturing and transplanting the desired organ. Concern for health and the search for effective treatments for healing have always been a challenge for humanity. This narrative review aimed to describe the faces of the ethical aspects regarding the donation of post mortem organs. It seeks to highlight the autonomy and decision making of family members, which favor or hinder the decision to donate organs, to retrieve primordial points in the literature that ethically improve decision and respect for choice. Searches were made through scientific productions, literature and articles from electronic journals, socioeconomic and cultural factors, among others, that may interfere with the practice of organ donation after death. A discussion was also made on the bioethical aspects involved, using the following databases: Scielo, Lilacs and BDTD. In addition to the analysis of a hospital institution, located in the north of Paraná, by its Intra Hospital Organ Donation Committee (CIHDOTT), on the causes of refusal of donation more frequent in the years 2015 to 2017. The texts analyzed sought to conceptualize organ donation processes and others approached autonomy, respect and decision making, which meet and justify the importance of an approach and complicity with relatives in the delicate and painful moment of death. Included in this study were papers that discussed "organ donation," "transplantation," and "bioethics," and excluded texts that were not available, incomplete texts that appeared in duplicate and did not quote the words "organ donation", and those who did not discuss the proposed theme. In the institutional analysis, statistical data were collected, focusing on the notifications made and the causes of refusal of more habitual donations. It was pointed out that correct and well-structured decision-making could benefit other people and ensure the quality of life of those who need and expect an organ .

Keywords: Organ donation. Bioethics. Autonomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos nas bases de dados.....	18
Figura 2 – Organização do Sistema Nacional de Transplante no Brasil	36
Tabela 1 - Causas de não efetivação da doação de órgãos /Recusa Familiar em PCR nas abordagens e entrevistas com familiares	37
Tabela 2 - Causas de não efetivação da doação de órgãos /Recusa Familiar nas abordagens e entrevistas com familiares em paciente em ME	38
Tabela 3 - Hospitais em Sergipe (2011 a 2014)	43
Tabela 4 - Hospital São Paulo / Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (2009 a 2010)	44
Tabela 5 - Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, na Amazonia (2011)	44
Tabela 6 - Hospital Norte do Paraná_HONPAR (2015 a 2017)	44
Tabela 7 - Demonstrativo em número de notificações, doações e recusa familiar da 17ª Regional de Saúde do Paraná e HONPAR	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	- Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABTO	- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
BDTD	- Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CIHDOTT	- Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDOs	- Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
ed.	- Edição
EEG	- Eletroencefalografia
ME	- Morte Encefálica
OPO	- Organização de Procura de Órgãos
p.	- Página
PCR	- Parada Cardiorrespiratória
PUCPR	- Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SIBI	- Sistema Integrado de Bibliotecas
SNT	- Sistema Nacional de Transplantes
SUS	- Sistema Único de Saúde
trad.	- Tradutor
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UTI	- Unidade Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 METODOLOGIA	17
2 ALGUNS APORTES HISTÓRICOS DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	19
3 BIOÉTICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	21
3.1 SIGNIFICADO, ABRANGÊNCIA E ALGUMAS ESCOLAS DA BIOÉTICA.....	21
3.2 BIOÉTICA PRINCIPALISTA.....	26
3.3 BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E BIOÉTICA SOCIAL.....	28
4 AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO	31
5 SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	35
5.1 CAUSAS DE NÃO EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO – RECUSA DOS FAMILIARES - HONPAR.....	37
5.2 CAUSAS DE NÃO EFETIVAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM ANÁLISE COMPARATIVA A OUTRAS INSTITUIÇÕES NACIONAIS	39
6 RESULTADOS	46
7 DISCUSSÃO	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54
ANEXO	60

INTRODUÇÃO

Ao iniciar em 2015 o Programa de Pós-Graduação em Bioética pela PUC PR, deparei-me com o desafio da apresentação da dissertação. No entanto, minha preocupação não era apenas com o cumprimento dessa empreitada, mas, de uma forma ética e moral, tratar de um tema que vivo há mais de duas décadas.

A busca pelo Mestrado em Bioética foi justamente para alcançar o aprimoramento dos conhecimentos bioéticos que favorecessem a conduta mais próxima da ideal nestes enfrentamentos, além de trazer à realidade os desafios de falar de um tema, em que há tantos conflitos éticos, culturais e sociais.

Sou médico especialista em Cirurgia Geral, com atuação há mais de 20 anos, Coordenador da CIHDOTT - Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - no HONPAR – Hospital Norte Paranaense, situado em Araçongas, ao norte do Paraná. O hospital oferece atendimento de alta complexidade, realiza uma média de mais de 10.000 atendimentos/mês, tendo várias especialidades clínicas como referência. Atua como instituição captadora de órgãos desde 2001, oficialmente regulamentada em 2006, conforme requisitos das Portarias 1752/05, que determina a constituição de CIHDOTT em todos os hospitais com mais de 80 leitos. A Portaria 1262/06, que estabelece as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às CIHDOTT e a Portaria 2600/09, que aprova o regulamento Técnico do SNT (Sistema Nacional de Transplante), Classificação das CIHDOTTs. (BRASIL, Portaria nº 1.752/2005).

Atualmente, exerço a função de pesquisador responsável pelo Projeto DONORS, que é um ensaio clínico randomizado por cluster¹, envolvendo as UTI's (Unidade Terapia Intensiva) no Brasil, com o objetivo primário de verificar se a aplicação de um protocolo de metas pode reduzir o número de perdas de potenciais doadores, motivados por parada cardíaca, projeto desenvolvido pelo Hospital Moinho de Ventos de Porto Alegre- RS.

¹ O ensaio clínico controlado randomizado (ECR) é o desenho de estudo experimental ideal para avaliação da efetividade de intervenções terapêuticas ou preventivas. Os ECRs são essenciais para a elaboração de recomendações e diretrizes clínicas terapêuticas ou preventivas baseadas em evidências. O desenho clássico do ECR é o paralelo, no qual os pacientes são alocados para o grupo experimental ou para o grupo controle, sendo que os participantes permanecem no seu respectivo grupo até o final do estudo. O ECR por cluster é uma variante do ECR clássico na qual um grupo de pacientes, em vez de cada participante individual, é alocado de forma aleatória para o grupo experimental ou controle. (HAHN; *et al*, 2005).

De acordo com a OPO (Organização de Procura de Órgãos), nos anos de 2015 a 2017, houve uma diminuição nas causas de não efetivação da doação, ou seja, “recusa dos familiares” para doação de órgãos. Entende-se que as campanhas realizadas institucionalmente e regionalmente têm favorecido para o aumento nos dados estatísticos e da doação, assim como a conscientização frente a doação de órgãos, tanto para doações em ME (Morte Encefálica) ou doações em PCR (Parada Cardiorrespiratória).

Desde 1959, o conceito de morte encefálica remete a descrição do “*coma dépassé*”². A evolução na “Terapia Intensiva” organizou uma capacidade de manutenção e suporte, de modo a manter as funções básicas do organismo por um período determinado a despeito de um encéfalo não funcionante, condição que passou a ser conhecida, recentemente como “morte encefálica”. (JOOST, PLOEG, 2001).

Após o primeiro transplante cardíaco realizado na África do Sul, em 1968, a “Harvard Medical School”, definiu critérios para a “morte encefálica” e a partir disto, constituiu a base médico-legal para a utilização de órgãos destes pacientes, tornando a morte encefálica como o déficit estrutural e/ou funcional do encéfalo como órgão de função integradora e crítica ao organismo humano (IMPÉRIO 2007 *apud* Harvard, 1969).

Refere-se a ela a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgão, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências, onde no Art. 3º; dispõe:

A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina. (BRASIL, Lei nº 9.434/1997)

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é considerada como intercorrência de alto grau de complexidade, principalmente quando presente em pacientes que se encontram em estado crítico, como os internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). (SILVA; PADILHA, 2001).

² *Coma Dépassé* é uma expressão francesa, utilizada para definição de: coma irreversível, funções vegetativas não se mantêm espontaneamente, morte cerebral e EEG isoelétrico. (PORTAL EDUCAÇÃO)

Portanto, essas situações podem indicar, em relação a pacientes em ME, a oferta de órgãos a serem doados.

Baseado em minha experiência de trabalho e nos desafios encontrados no caminho, busco, por meio de uma revisão narrativa, expressar os dilemas éticos e morais dessa atuação.

O entendimento da sociedade na questão da doação de órgãos ainda se faz muito irrisório, ainda mais se correlacionado aos benefícios que podem acarretar.

Portanto, foi necessário compreender após leitura de trabalhos doutrinários, documentos normativos e dados estatísticos, alguns impedimentos que ainda não favorecem totalmente a doação de órgãos *post mortem* no país e/ou nas regiões.

A preocupação com a saúde e a busca por tratamentos eficazes para a obtenção da cura, sempre foi um desafio para a humanidade. Graças à evolução da Medicina, os seres humanos descobriram diversas terapêuticas, formas de prevenção e cura para muitas doenças que antigamente eram consideradas letais. No entanto, quando uma doença atinge um órgão vital, levando-o à falência ou comprometendo as suas funções, o transplante torna-se uma possível solução. Nesse contexto, os profissionais de saúde que trabalham com transplantes de órgãos, deparam-se com diversos entraves que impedem os familiares do paciente em morte encefálica de optarem pela doação voluntária. Esses impedimentos estão vinculados à existência de fatores complexos que envolvem a cultura, o perfil socioeconômico, a educação, a crença, entre outros, com relação à família envolvida do potencial doador. Além desses, ainda existe a questão técnica entre os profissionais de saúde que nem sempre estão preparados para lidar com a abordagem.

No ano de 2013, mais de 118.000 transplantes foram realizados no mundo. Apesar de o número parecer elevado, representa menos de 10% da necessidade mundial (LESIEUR, 2014). Especificamente nos Estados Unidos, em 2016, 120.000 pacientes aguardavam na lista de espera para receber um transplante de fígado, rim, coração ou pulmão. Estima-se que desses pacientes cerca de 7.000 poderão morrer na espera por um doador (DOAÇÃO DE ÓRGÃOS..., 2016). De acordo com dados mais detalhados, nos últimos 20 anos, o número de pacientes à espera de um transplante e o número de doadores de órgãos continuará a aumentar. Em 2015, havia 15.062 doadores, 30.973 transplantes e 122.071 listas de espera. Como consequência disso, é grande a quantidade de doentes que sofrem e morrem à espera de um órgão que possa salvar suas vidas. No Brasil não é diferente, em 2014, a

quantidade de doações aumentou 7,6%. Com esse aumento, a quantidade de órgãos doados não foi suficiente para atender a demanda, com um percentual de 5% abaixo do estimado. Dados apresentados pela ABTO (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos), entre janeiro e julho de 2016, mostraram que 44% se recusaram a doar órgãos.

Dada às questões polêmicas e delicadas que envolvem a doação de órgãos, questiona-se quais seriam os principais fatores culturais, socioeconômicos, regionais e psicossociais que interferem na prática de doação de órgãos pela família enlutada, e os motivos da recusa familiar, levando-se em conta a queda da aceitação nos últimos anos.

Ademais, o tempo de espera durante o processo de doação, desarmonia familiar, indecisão, impedimento legal, dificuldade de acesso às informações, incompreensão da morte encefálica, estado emocional, descontentamento com o atendimento hospitalar são outros fatores relacionados com a inaceitabilidade da doação pelos familiares.

No Brasil, a retirada de órgãos de pessoas falecidas só acontece após o consentimento familiar (art. 3º da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997), na qual remete que a remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais, ou por seus responsáveis legais. Por isso, a importância do apelo altruístico e voluntário e o estímulo à discussão dos benefícios dos transplantes, para que a sociedade participe mais efetivamente da questão. (BRASIL, 2018).

Os avanços científicos, as novas drogas imunossupressoras e as discussões bioéticas convergem para a evolução social dos seres humanos na sua essência de serem bons e permitirem a doação de órgãos, mesmo após a morte.

Apenas na década de 1980, nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul surgiram as primeiras organizações para notificação e alocação. Até então, a procura por doadores era realizada pelos próprios transplantadores nas unidades de tratamento de pacientes graves. Não havia uma organização voltada especificamente para o doador. (PEREIRA, 2009)

Devido à redução na disponibilidade de doações de órgãos, faz-se necessário a investigação para responder quais fatores influenciam essa redução, analisando a abordagem familiar, entre outros aspectos.

Diversos conceitos da doação de órgãos evidenciam os processos de transplantes, direcionam os profissionais para a execução dos procedimentos, fortalecem as diretrizes e normas governamentais a priorizar a magnitude do ato de doar. Os artigos periódicos lidos para esta revisão narrativa e tratam a experiência dos profissionais trazem à realidade a dificuldade de concretizar e efetivar a doação de órgãos e tecidos, demonstram a busca de respostas e questionam, por vezes, a razão pela qual a doação não acontece como deveria, mesmo tendo sido seguidos protocolos, diretrizes e havendo apoio mediante campanhas. Entretanto, a sutileza da Bioética responde e confirma que, acima de tudo, o que realmente se faz necessário nesse verdadeiro ato de doação é a autonomia, mediante a tomada de decisão.

Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo evidenciar, mediante reflexão bioética, alguns fatores e dificuldades que podem interferir no processo de doação de órgãos após a morte.

1 METODOLOGIA

A metodologia utilizada é discorrer sobre um estudo de revisão narrativa da literatura, em que essas são publicações amplas e propriamente adequadas para apresentar e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” sobre um relativo assunto, pelo ponto de vista teórico ou contextual.

Basicamente a constituição de uma análise da literatura publicada em livros, artigos e revistas impressas e/ou eletrônicas, remetida a interpretação pessoal do autor. Este tipo de estudo permite ao leitor adquirir e atualizar conhecimento específico em determinado tema ou assunto, num tempo mais curto. (ATALLAH; CASTRO, 2005).

A questão norteadora da pesquisa trabalhou os enfrentamentos e dificuldades que interferem no processo de doação de órgãos (*post mortem*), sendo essas questões socioeconômicas, culturais, religiosas, entre outras.

Para essa pesquisa foi utilizado Scielo, Lilacs e BDTD, que oferecem a possibilidade de acesso a diversas publicações científicas, incluindo banco de dados, teses, monografias, periódicos científicos, entre outros. Foram utilizadas as palavras-chaves: “doação de Órgãos”, “bioética” e “transplante”, em português e inglês. O período de abrangência foi entre janeiro de 2007 a dezembro de 2017. Foram encontrados 87 artigos. Os títulos e os resumos foram analisados, revisados e identificados na busca eletrônica. Quando possível, os estudos que preencheram os critérios para sua inclusão, foram obtidos integralmente.

Desses, foram selecionados apenas 09 por meio de palavras-chaves que se adequaram à pesquisa. Assim que foi solicitado o tema do estudo, foi feito o download dos artigos e arquivado posteriormente para leitura.

Neste feito, foi criado um banco de dados, seguido de uma lista de artigos para serem incluídos no estudo. De acordo o objetivo da pesquisa, os resumos foram analisados de forma a verificar se cumpriam o proposto para a construção do trabalho.

Como critério de inclusão, foram utilizados, neste estudo, os artigos que discutiam o tema “doação de órgãos”, “transplantes” e “bioética”.

Foram excluídos os textos que não foram disponibilizados, textos incompletos, textos que apareceram em duplicidade e que citam a palavra “doação de órgãos”, mas não discutem o tema, com doação de órgãos inter vivos.

Alguns textos analisados buscaram conceituar os processos de doação de órgãos, e outros abordam a autonomia, respeito e tomada de decisão que vão ao encontro de fundamentar a importância de uma abordagem e cumplicidade com os familiares.

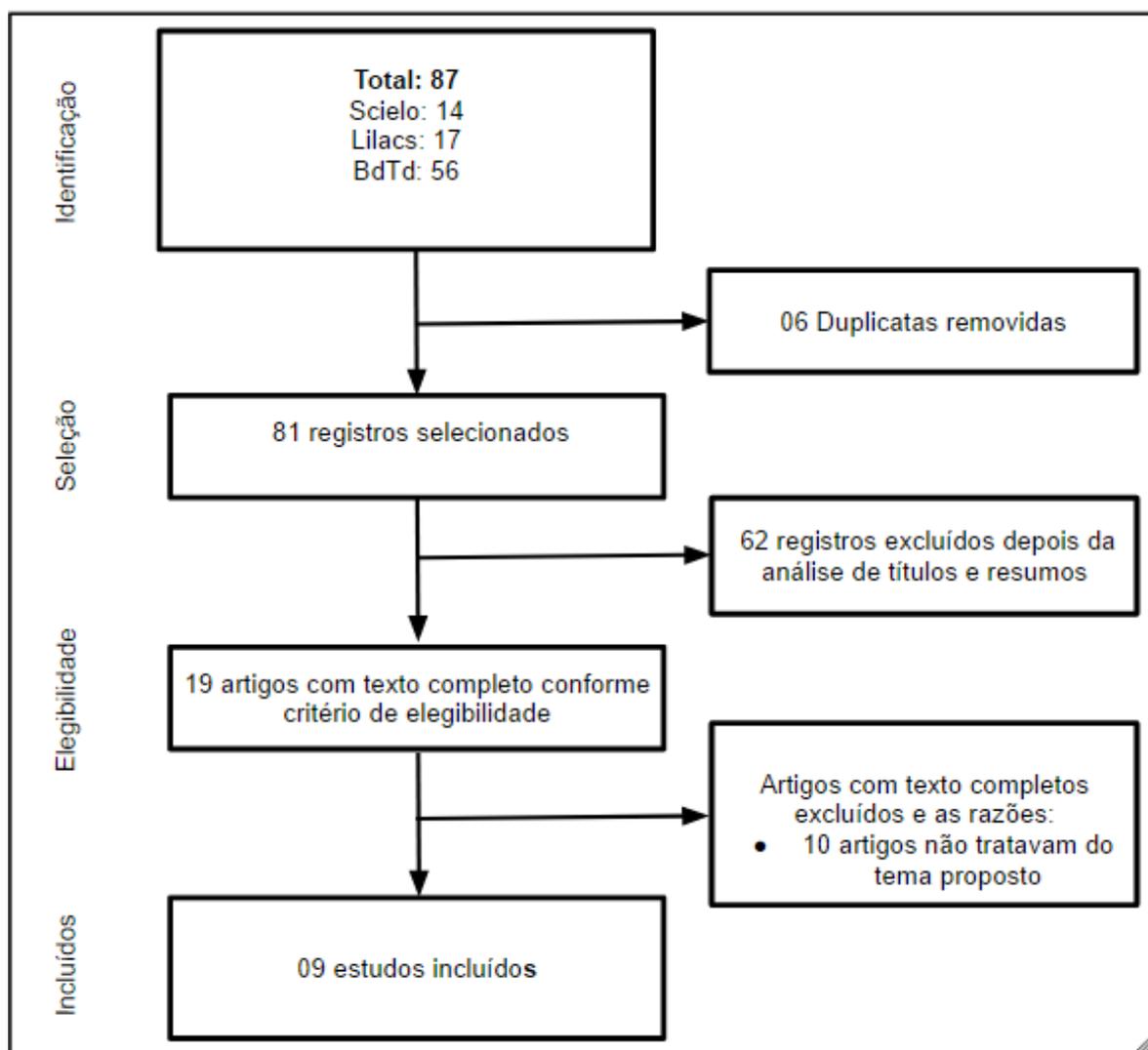


Figura 1: Processo de seleção dos estudos nas bases de dados

Fonte: O autor, 2018

Após a aplicação dos critérios, foram excluídos 67 estudos por não contemplarem doação de órgãos, bioética e transplantes, 06 por duplicações entre as bases de dados, restando em um final de 09 estudos relacionados diretamente com o tema (Figura 1).

Para os dados estatísticos levantados no HONPAR, mediante a CIHDOTT HONPAR e OPO (17ª RS Londrina), apresentam-se em quantitativos e comparativos, a quantidade de notificações realizadas pela Regional, com envolvimento de 13

instituições hospitalares, localizadas ao norte do Paraná, frente a notificações, causas de não efetivação de doação, recusa e doações realizadas no Hospital Norte do Paraná, nos referidos anos de 2015 a 2017. (Tabela 3).

2 ALGUNS APORTES HISTÓRICOS DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Pode-se dizer que a história do transplante de órgãos foi marcada por conquistas; várias tentativas foram feitas ao longo do tempo para que os procedimentos se tornassem confiáveis e bem-sucedidos.

Segundo Leite (2000), iniciaram-se nos hospitais do Ocidente as primeiras tentativas de preservação da vida humana. Dessa forma, o cirurgião chinês Pien Chiao realizou a troca de coração entre dois irmãos, com êxito, cerca de 300 a.C, baseado na tradição chinesa.

Conta-se a lenda dos Santos Cosme e Damião, que exerceram a Medicina por pura beneficência, em que foi substituída a perna de um adoentado por uma perna de um cadáver afrodescendente etíope e, com agradecimento a Deus, o procedimento teve sucesso e teve destaque pela cor. (LEITE, 2000).

De acordo com Leite (2000), nos séculos XV e XVI, ainda de forma primitiva, foram caracterizadas as primeiras tentativas de utilizar tecidos procedentes de pessoas e animais, porém sem sucesso, ainda não havia condições ou considerações que evitassem as infecções.

Lemes (2004) relata que Starzl, em 1962, realizou o primeiro transplante de fígado em humanos, porém os resultados não foram positivos. Houve um número considerável de óbitos de pacientes que faleceram durante a cirurgia ou nos dias subsequentes (*causa mortis* relacionada a hemorragia, infecções durante o pós-operatório e outras complicações técnicas). Em 1963, ocorreu o primeiro transplante de pulmão, em 1967 o primeiro transplante completo de pâncreas e em 1970 o primeiro de medula óssea. Leite (2000), ainda relata que após esses episódios, a conjunção de questões em torno dos enxertos de órgãos e tecidos em seres humanos adquiriu a máxima virtude da operação realizada em 3 de dezembro de 1967, na África do Sul, pelo médico Christian Bernard, que fez retirada do coração do comerciante Louis Washkansky para colocar no seu lugar o coração de Denise Ann Darvall, uma

jovem de vinte e cinco anos que faleceu num acidente de trânsito que a deixou com o crânio e o cérebro quase destruídos. Depois dessa intervenção, passou-se a discutir, tanto na área médica como na jurídica, focando sempre quanto a determinação da morte do doador, ou as inconvenientes rejeições e as baixas probabilidades de sobrevivência normal do receptor.

Leite (2000), ainda relata que os órgãos mais utilizados para os transplantes são o coração, o pulmão, o fígado e os rins, seguidos pelas córneas, ossos e tendões pancreas e medula óssea.

Em 1964, o Brasil iniciou sua atividade em transplantes, trazendo a evolução tanto na melhoria como nos avanços tecnológicos de técnicas aprimoradas que permitiram aumentar a qualidade de vida dos pacientes.

De acordo com Ferreira (1997), foi realizado em 1967 o primeiro transplante cardíaco em humanos, em que o falecimento do paciente ocorreu após dezoito dias, por complicações de infecções generalizadas. Enquanto no Brasil, propriamente em 1968, pela equipe do Dr. Zerbini, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina em São Paulo, aconteceu o primeiro transplante em humano. O aperfeiçoamento dos estudos dos tratamentos das rejeições e infecções garantiram a melhoria da sobrevivência dos pacientes pelos métodos e diagnósticos.

Gregorini (2010 *apud* MAGALHÃES, 2004), afirma que com o avanço tecnológico, muitas técnicas se aprimoraram, como o transplante de fígado, que levava mais de 24 horas de execução e atualmente leva cinco horas em média, ainda o tempo de recuperação pós-operatória se reduziu pela metade, de trinta dias para até duas semanas.

Atualmente, o Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplante de órgãos e tecidos do mundo, cabendo às centrais estaduais coordenar as atividades de transplante em âmbito estadual, sendo distribuídas por todos os Estados brasileiros.

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, a notificação de potenciais doadores ocorreu inicialmente no Brasil de uma maneira pouco estruturada. Apenas na década de 1980, nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul surgiram as primeiras organizações para notificação e alocação. Até então, a procura por doadores era realizada pelos próprios transplantadores nas unidades de tratamento de pacientes graves. Não havia uma organização voltada especificamente para o doador (PEREIRA, 2009).

Historicamente, nos anos 90, por meio de estudos com famílias de doadores de pessoas falecidas, projetou-se um novo cenário sobre seu significado, e com isso acabou-se exigindo dos governos nacionais e internacionais mudanças em suas legislações para incentivar e priorizar, a partir do novo século, o atendimento e apoio necessário a estas famílias. Agravos cerebrais severos e agudos, que levam à morte súbita, trouxeram como consequência a precursora da doação de múltiplos órgãos; trazendo a realidade morte encefálica para o seio familiar. (PEARSON; *et al*, 1995; SADALA, 2001).

Ainda, de acordo com a Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento"; refere que as manifestações de vontade relativas à retirada "post mortem" de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perdem sua validade a partir de 22 de dezembro de 2000.

Quando se fala ou se pensa em transplante de órgãos, em geral já se faz relação com a morte. O tema remete a características bem próprias, tanto a ausência, sofrimento, quanto a busca pela saúde perdida, a esperança da sobrevivida.

O vínculo de estabelece entre os familiares enlutados, profissional de saúde, doador e receptor, vai além apenas da realização do procedimento; emergem os limites éticos existentes nessas questões, em busca da valorização da vida e conceitos morais.

3 BIOÉTICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

3.1 SIGNIFICADO, ABRANGÊNCIA E ALGUMAS ESCOLAS DA BIOÉTICA

Para a Bioética, não faltam termos que remetam ao seu significado; a partir do grego, define-se *bios* (vida) mais *ethos* (ética) e destina-se ao estudo transdisciplinar entre as Ciências Biológicas, Saúde, Filosofia e Direito. (BOOF,2003).

A Bioética é transdisciplinar, pois permite a cooperação de diversas outras áreas, permite ainda a interação e associação de conhecimentos, fazendo com que a

humanidade lide com conflitos existentes, e outros criados com o avanço tecnológico e revolucionário.

Pode-se resumir que a Bioética estuda a ética da vida ou a ética prática, com o objetivo principal de discutir questões e conflitos, no intuito de melhor resolução de casos e dilemas que surgiram e surgem com o avanço biotecnológico, da genética e dos próprios valores, princípios e direitos humanos, em relevância de toda diversidade moral e áreas de conhecimento que implicam e possam implicar ainda mais no nosso dia-a-dia. (BOOF,2003).

Dilemas éticos e casos que envolvem a Bioética diretamente, que geram polêmicas, geralmente estão em torno de temas relevantes para a sociedade, como: transplantes de órgãos, transgênicos, uso de animais e humanos em experimentos, uso de células-tronco, eutanásia, suicídio, da fertilização *in vitro*, dentre tantos outros.

Seguido por definição de Van Potter, o âmbito de estudo da Bioética ao fenômeno ainda em toda a sua amplitude, está presente nas relações dos viventes entre si e deles com o ambiente. Destaca-se a divisão da disciplina em 3 (três) âmbitos: Bioética humana (Bioética médica ou ética biomédica), Bioética animal (que se ocupa com temas próprios da vida animal, tais como: direitos dos animais, problemas éticos relacionados com a experimentação biomédica, ética das intervenções sobre o patrimônio genético das espécies...) e a Bioética ambiental, que se interessa com as questões de valor relacionados com o impacto do homem sobre o ambiente natural (ecologia e justiça, desenvolvimento sustentável, biodiversidade, alimentação transgênica...). (APARECIDA, 2018).

Existem várias formas de definição da Bioética, e com o passar dos anos, diversos autores foram redescobrendo grandes debates em torno da Bioética, e avançando cada vez mais nos modelos bioéticos, com debates que duram décadas e permeia a mente das mais diversas categorias, na intenção de aprofundar o conhecimento de decidir sobre a vida de um semelhante, remetendo pluralidade moral da humanidade.

A partir de uma publicação de Potter (1971), que o modernismo da Bioética tornou-se reconhecido internacionalmente, apesar do termo já ter sido citado no século XX por alguns autores do século, portanto a imprecisão conceitual emergiu críticas e comentários pouco lisonjeiros, caracteriza ainda como a ciência da sobrevivência, sendo ainda que, Potter qualifica a Bioética como ponte, no sentido de

vincular uma interface entre as ciências e as humanidades que garantem a viabilidade do futuro.

A busca pela harmonia de todas as questões morais, crenças, valores, faz com que a Bioética intermedeie a esses conflitos e dilemas, na expectativa de equalizar as situações persistentes e emergentes.

Maurizio Mori, um bioeticista e filósofo, considera que o renascimento da ética aplicada está associado a moralidade do tratamento voltado a animais e problemas da ética em um todo, que remete a questões culturais: “Nesse sentido, os anos 70 parecem constituir um daqueles períodos históricos nos quais nasce alguma coisa de novo e a história se encontra diante de uma encruzilhada que pode levar a mudanças significativas” (MORI, 1994).

Ainda Potter, no final da década de 1980, caracterizou a Bioética como interdisciplinar e abrangente, denominado-a global. (POTTER, 1988).

Segundo Dall'Agnol, (2005), a Bioética é um campo da Ética aplicada que “estuda os problemas morais relativos ao início, meio e fim da vida”.

De acordo com a *Encyclopedia of Bioethics*, a Bioética envolve a ética médica, mas não se prende a ela, abrange os aspectos tradicionais que envolvem problemas deontológicos, seguidos das relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes (REICH, 1978).

Observa-se que essa jovem Bioética ainda está em transformação, na busca pela significância da moral do bem e do mal, mediante uma realidade concreta, a refletir nas ciências biomédicas, jurídicas e sociais.

A história da Bioética se estabelece em quatro “etapas” ou “momentos” bem determinados:

1. A etapa de fundação, relacionada com os anos 1970, quando os primeiros autores que sobre ela se debruçaram, estabeleceram suas bases conceituais.
2. A etapa de expansão e consolidação, relacionada com a década de 80, quando se expandiu por todos os continentes por meio de eventos, livros e revistas científicas especializadas, principalmente a partir do estabelecimento dos quatro princípios bioéticos básicos;
3. A etapa de revisão crítica e que compreende o período posterior aos anos 1990 até 2005, e que se caracteriza por dois movimentos: a) o surgimento de críticas ao “princípioalismo” (ou seja, a corrente estadunidense baseada em “princípios” pretensamente universais), com conseqüente ampliação do seu campo de atuação a partir da constatação da existência de “diferenças” entre os diversos atores sociais e culturais, espaço onde movimentos emergentes como o do feminismo e o de defesa dos negros e homossexuais, entre outros, adquiriram grande importância; b) a necessidade de se enfrentar, de modo ético e concreto, as questões sanitárias mais básicas, como a equidade no atendimento sanitário e a universalidade do acesso das pessoas aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico. Esta última questão, extremamente

atual, diz respeito à ética da responsabilidade pública do Estado frente aos cidadãos, no que se refere à priorização, alocação, distribuição e controle de recursos financeiros direcionados às ações de saúde. 4. A etapa de ampliação conceitual, que se caracteriza após a homologação, em 19 de outubro de 2005, em Paris, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, a qual, além de confirmar o caráter pluralista e multi-inter-transdisciplinar da bioética, amplia definitivamente sua agenda para além da temática biomédica-biotecnológica, para os campos social e ambiental (GARRAFA, 2005).

Garrafa (2005) destaca que a responsabilidade individual e pública, integra entre outros indicadores essenciais para uma nova abordagem ética, chama de “os quatro ‘P’s necessários a uma prática ética responsável” sendo eles: (prevenção, proteção, precaução e prudência) –, mas ainda refere que ainda não são suficientes, que precisasse ir além, buscando a introdução de outros referenciais, critérios e princípios.

Os pesquisadores estadunidenses continuam a trabalhar exclusivamente nos quatro princípios tradicionais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Seguindo da teoria principialista, criada por Tom Beauchamp e James Childress a partir do conhecido “Relatório Belmont” e exposto no livro *Principles of Biomedical Ethics*, publicado inicialmente em 1979, tomou como fundamento esses quatro princípios básicos (BEAUCHAMP, 1979), os quais foram considerados com mantra, um instrumento atingível e prático, que permite análise dos conflitos surgidos no campo bioético.

A partir disso, a visão anglosaxônica do mundo, com o tema da autonomia foi maximizado, com relação aos outros três, tornando-se um “super-princípio”; com isso, houve a contribuição para que a visão individual dos conflitos fosse aceita como vertente decisiva para sua resolução, destacando, que nem sempre acontece (SELLETI E GARRAFA, 2005).

Os diversos autores da Bioética, assim, como em qualquer outra área de conhecimento, utilizam modelos para elaborar a suas propostas. Estabelecem uma classificação destes diferentes modelos como forma de permitir uma visão ampla de todas as diferentes óticas teóricas que embasam o pensamento bioético contemporâneo.

O principialismo, modelo baseado em princípios pré-estabelecidos, os quais devem ser respeitados e levados em consideração antes de se tomar qualquer atitude envolvendo a bioética. Como este foi o primeiro modelo proposto, algumas adaptações foram necessárias e alguns princípios ajustados para abranger todas as

possíveis situações atuais. Tal modelo defende que a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça devem ser respeitadas em toda e qualquer situação, porém quando um princípio contradiz o outro, aquele que melhor se encaixa na situação deverá ser o escolhido e as atitudes tomadas devem respeitá-lo (MACHADO, 2015).

O utilitarismo é um tipo de ética normativa, buscada por uma ação moralmente correta se tende a promover a felicidade e se tende a produzir a infelicidade, considerando não apenas a felicidade do agente da ação, mas também a de todos afetados por ela. O utilitarismo observa o mundo como um meio de atingir alguma finalidade deixando de lado qualquer outro valor impalpável. É uma doutrina ética que prescreve a ação ou inação de forma a otimizar o bem-estar do conjunto dos seus indivíduos. Filosoficamente, pode-se resumir a “agir sempre de forma a produzir a maior quantidade de bem-estar” (princípio do bem-estar máximo). Trata-se de uma concepção que avalia o caráter ético de uma atividade a partir do ponto de vista de suas consequências ou resultados (COSTA, 2002).

Para a Bioética Personalista, Sgreccia relata que a não pode ser constituída a partir de opiniões sobre posições éticas já existentes na sociedade, mas deve sugerir valores de referência próprios e linhas de escolha operativas, para fornecer “respostas objetivas sobre critérios racionalmente válidos” (SGRECCIA, 2002, p. 56).

Tratando do personalismo, o autor afirma que o personalismo ontológico não nega a relevância da subjetividade relacional e da consciência, mas sublinha como fundamento uma existência e uma essência estabelecidas na unidade corpo-espírito (SGRECCIA, 2002). O modelo ético criado a partir do personalismo pretende promover a verdade plena sobre o homem, considerando os princípios morais, partir do homem como pessoa – a pessoa humana é o valor fundante, transcendente e normativo, seja da reflexão ética, seja da prática que deseja se manter plenamente humana e moral (FRATTALLONE, 2004, p. 858-859).

A bioética personalista é, enfim, uma reflexão que enfrenta as questões éticas referentes à vida humana através de uma ótica que reconhece o ser e a dignidade da pessoa como valores absolutos e, conseqüentemente, põe como *primum principium* o respeito incondicional de sua inviolabilidade e a tutela de sua livre expressão, a partir dos direitos humanos (PAULA, 2004, p. 269-270).

Essa visão do homem não só não se fecha à ciência, mas estimula a pesquisa e a experimentação, fornecendo às mesmas os critérios de humanização. De fato, se a pessoa como valor fundamental permanece no centro de qualquer interesse, é bom

tudo o que a cura, que a protege ou a faz amadurecer; e é ruim quando a degrada, quando a instrumentaliza ou a destrói (FRATTALLONE, 2004, p. 358).

No presente trabalho, optou-se por analisar a questão da doação de órgãos *post mortem* sob o enfoque da Bioética Principlista e da Bioética Social.

3.2 BIOÉTICA PRINCIPALISTA

A Bioética Principlista de Beauchamp e Childress que remete ao princípio da autonomia, o da beneficência e não maleficência e da justiça, são princípios que sustentam a Bioética.

A autonomia é a capacidade que temos de decidir fazer ou buscar aquilo que julgamos ser o melhor para nós. Para que possamos exercer esta autodeterminação são necessárias condições fundamentais como: a) capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas; b) liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para sua tomada de posição. (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001).

O respeito à autonomia significa que devemos ter consciência que cada pessoa tem um projeto de vida próprio, tem seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções. Respeitar a autonomia é, em última análise, preservar os direitos fundamentais do ser-humano, aceitando o pluralismo ético-social que existe na atualidade (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001).

Na questão do princípio da não maleficência, os profissionais da saúde têm o dever intencional de não causar mal e/ou danos a seu paciente. Esse preceito, mais conhecido em sua versão para o latim "*primum non nocere*", é uma exigência moral, que resulta na transmissão prática e de ensinamentos ao longo do tempo por pessoas que têm moralidade com o bem comum; tratando-o com um mínimo ético, um dever profissional, que, se não cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má prática ou prática negligente. (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001).

A beneficência significa fazer o bem, trazer benefício para o outro e ser bom, não apenas do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ético. Seguido de todos os conhecimentos e habilidades a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001).

A justiça está relacionada a categorias sociais, preocupando-se com a equidade no abastecimento de acervo e recursos considerados comuns, num esforço de balançar as possibilidades de acesso a esses acervos. Com a socialização dos afazeres da saúde, as dificuldades de acesso e o alto esforço destes serviços, as questões relativas à justiça civil são cada dia mais prementes e necessitam ser consideradas no momento em que se analisam os conflitos éticos que emergem da necessidade de um abastecimento coeso de assistência à saúde das populações, com direito mínimo à saúde (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001).

Beauchamp e Childress (2001), acreditam que a decisão moral deve ser tomada após uma "deliberação" sábia e prudente. "Deliberação é basicamente uma tentativa por um indivíduo ou um grupo para resolver um problema de desenvolvimento e avaliação de suas crenças, a fim de tomar uma decisão (...) Enquanto deliberar, geralmente consideramos que um dos possíveis cursos de ação" é moralmente justificado.

Com relação aos níveis de competência, eles são determinados pela capacidade mental, racionalidade e inteligência. Alguém é considerado competente quando capacitado para processar informações específicas, escolher fins e meios e agir de acordo, fundado em decisões razoáveis. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001).

Há certas condições físicas e psicológicas que permitem a competência para o consentimento informado. Ter competência para colocar conceitos autônomos depende de determinados contextos. Ninguém é abalizado em todos os contextos. Conceitos de competência ou incompetência referem-se a campos limitados de decisão. Um indivíduo pode ser competente para uma coisa e incompetente para outra.

Não se pode simplesmente decidir baseando-se nas consequências, para as quais suportamos verdadeiras as coisas a serem provadas. Necessita-se conhecer, ordenar ou comparar consequências, incluindo-se consequências presentes versus futuras. (ENGELHARDT Jr., 1996, p. 46).

Segundo Beauchamp e Childress (2001), três condições determinam a competência: 1) capacidade de realizar escolhas baseadas em critérios racionais; 2) capacidade de chegar a resultados razoáveis por meio de decisões; 3) capacidade de tomar decisão.

Tratando-se de ato permissivo, cabe refletir minuciosamente sobre os itens, pois remetem diretamente às escolhas que podem ser individuais, pessoais ou tomar

decisões que geram resultados para e por outras pessoas. Na doação de órgãos, de doadores *post mortem*, os familiares se tornam competentes para a decisão em doar ou não o órgão do ente falecido.

A dignidade humana é a base do princípio da Bioética. De acordo com Oliveira (2004), o que é ético, além de bom, é o melhor para o ser humano e a humanidade em um determinado momento. A Bioética era um movimento coletivo que lutava pela ética nas áreas da biologia e correspondentes, nos dias atuais, similarmente, é uma disciplina norteadora de teorias para o Biodireito e para a legislação, com o acordo de abonar mais humanismo na rotina das condutas médicas e nas experiências científicas que utilizam pessoas.

De acordo com Malagutti (2007), a Bioética é um importante instrumento para a implementação de uma prática segura na doação de órgãos e tecidos, pois a doação/transplante de órgãos ou tecidos implica temas sempre atuais e de suma importância para a sociedade em geral, como o prolongamento da vida e a morte, em que isso se deve ao fato de que, com os transplantes, surgiram os questionamentos a respeito dos limites da vida mantida por aparelhos.

A grande maioria dos indivíduos possui entendimento das vantagens sobre transplantes e doações de órgãos, mesmo que superficialmente, dessa forma, é possível reparar que também faltam informações e esclarecimentos em diversos aspectos para a concretização completa do processamento e tomada de decisões conscientes em relação a esses aspectos, sem infringir especialmente os princípios éticos e legais. (GARRAFA e PESTANA, 2006).

A sociedade tem uma breve noção dos benefícios acometidos através do processo de doação de órgãos, entende-se que ainda se falta muitas informações, assim como, falar-se mais sobre o assunto, ter a compreensão de que o mesmo doador (*post mortem*) pode beneficiar mais de uma pessoa.

3.3 BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E BIOÉTICA SOCIAL

A Bioética de intervenção se justifica moralmente pelos aspectos: a) no campo público e na priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiam o maior algarismo de indivíduos, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências, inclusive que em prejuízo de determinadas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas; b) no campo carecido e característico: a

procura de chaves viáveis e costumes para conflitos identificados com o próprio ambiente no qual as tensões acontecem. (GARRAFA, 2003).

Enquanto pela Bioética Social, o artigo nº 8 da UNESCO, remete que o respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, a aplicação no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração à vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa, enquanto no Artigo nº 18, refere-se a tomada de decisões e tratamento das questões de bioética; 1. O profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular a declaração de todo e qualquer conflito de interesses e uma adequada partilha dos conhecimentos devem ser encorajados. Tudo deve ser feito para utilizar os melhores conhecimentos científicos e as melhores metodologias disponíveis para o tratamento e o exame periódico das questões de bioética. 2. Deve ser levado a cabo um diálogo regular entre as pessoas e os profissionais envolvidos e também no seio da sociedade em geral. 3. Devem promover-se oportunidades de um debate público pluralista e esclarecido, que permita a expressão de todas as opiniões pertinentes. (UNESCO, 2006).

Nesse sentido, reforça-se a ideia de que a Bioética vai lidar com a saúde da população, saúde definida em seu sentido mais abrangente, resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso ao serviço de saúde, conforme consta no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.

Esse conceito está em conformidade com a Declaração de Alma-Ata que define saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade, enfatizando seu caráter de direito fundamental. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Segundo Oliveira (1996), um dos propósitos da Bioética é acrescentar e garantir a dignidade da pessoa e de sua conservação, o princípio básico do abrigo, do amor-próprio humano, fazendo-se horizonte de consideração: contemplar a alteração das questões, ajudando os indivíduos a tomarem decisões coerentes com seu abstrato, evitando conflitos de afazeres e combatendo desvios éticos. Ser conessor ou não de órgão (s) depende dos princípios morais e culturais de cada pessoa e indivíduos, além do entendimento do assunto para o treino amplo da autonomia.

Entretanto, cabe ao profissional de saúde, e aos familiares encontrarem o equilíbrio ético do contexto e a aplicabilidade, da justiça, solidariedade, e significância expressiva de benefícios a outras vidas.

A Organização Mundial da Saúde e o Conselho da Sociedade Internacional de Transplantes afirmam que órgãos humanos não podem ser objeto de lucro para profissionais, instituições, cirurgiões e recomendam haver separação entre a equipe de remoção e de transplantes de órgãos (HANSEL, 2002). Portanto, a doação é compreendida pelos familiares como possibilidade de vida a outras pessoas; e aos que aguardam, ela significa a única possibilidade de vida (LISSO; PAIVA, 2004).

Conforme Sadala (2001), a doação assume diversos significados: conforta, dá satisfação, é uma honra, sendo importante para o bem de outras pessoas. No entanto, a ajuda a outras pessoas vem seguida de pedidos e sentimentos em relação ao receptor, mesmo tendo conhecimento prévio que essa informação não é repassada.

Para compreender a importância da Bioética no processo de doação de órgãos e tecidos, é importante destacar que a ética diz respeito a consensos possíveis e temporários entre diferentes agrupamentos sociais, que, embora possuam hábitos, costumes e moral diferentes, e mesmo divergindo na compreensão de mundo e nas perspectivas de futuro, conseguem estabelecer normas de convivência social relativamente harmoniosas em algumas questões. (OLIVEIRA, 2004, p. 74).

Potter, na década de 70, já utilizava o termo Bioética, entendendo que ela é a parte de uma ética prática, que interpreta questões morais relacionados ao início, meio e o fim da vida, de acordo com Dall'Agnol (2004).

A comunidade científica brasileira e a opinião pública dividem-se em considerar doador uma pessoa que não manifestou, de maneira expressa, posição contrária em vida. Existe uma defesa de que a doação é sobretudo um ato de solidariedade e como tal pressupõe informação e conscientização, com a conseqüente sensibilização para ser efetivada verdadeiramente, requisitos esses bastante questionáveis no contexto atual em vista do grande contingente de analfabetos e semialfabetizados na população brasileira, que sequer têm acesso aos registros civis do país (Transplantes 157 Regina Ribeiro Parizi e Nei Moreira da Silva).

Almeja-se que atitudes positivas, como competência profissional, respeito a decisão do próximo, melhoria contínua do processo, construam uma cultura em relação à doação de órgãos, favorecendo o aumento nas taxas de doação, atingindo a qualquer tipo de pessoa, mesmo com diversidades enfrentadas, consolidar o

exercício da prática de sensibilização junto a campanhas permanentes de doação de órgãos e tecidos.

4 AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO

De acordo com a origem grega, autonomia significa autogoverno, aquilo que dá a pessoa o poder de tomar suas próprias decisões, referindo-se às situações de sua vida, tanto em integridade físico-psíquica como nas relações sociais. A pessoa autônoma é aquela que delibera e escolhe seus planos, sendo ainda capaz de agir com base nessas deliberações. (TRIPLE; *et al*, 1998; JUNGES; *et al*, 2000).

No princípalismo da Bioética, questões como a falta 'de informação não garantem uma decisão autônoma, pode-se abordar um "treino de autonomia, no momento em que há compartilhamento de entendimento e informação da equipe de saúde para o paciente, oferecendo diálogos, para que qualquer decisão possa ser tomada, garantindo-se a alcance de todos os envolvidos na situação. (FABBRO, 1999).

Cabe ao indivíduo a sua capacidade de decisão, como também há exigências da sociedade no que concerne ao respeito a essa decisão. Sabe-se que são necessários entendimento e conhecimento sobre o assunto para que o processo de análise seja realizado de forma mais inteirada da realidade, reduzindo-se os erros advindos de uma conduta ou atitude insensata, o que muitas vezes é irreversível (ALMEIDA; *et al* 2003).

Conforme citado, a autonomia conduz a uma reflexão e, a partir dela, à compreensão de que pode haver situações de autonomia reduzida, tais como nas situações de vulnerabilidade. É o caso, por exemplo, da vulnerabilidade social, que inclui a pobreza, as desigualdades sociais, o acesso às ações e serviços de saúde e educação, o respeito às diferenças culturais e religiosas, a marginalização de grupos em particular, as relações de gênero e com as lideranças dos grupos e coletividades. (ZOBOLI; FRACOLLI, 2001; GERMANO; BRITO; TODÓRIO, 1998).

A vulnerabilidade favorece o cidadão pense mais em contribuir com o próximo e/ou com a sociedade, facilitando, por vezes, a tomada de decisão e os fatores

envolvidos, situações vividas que serão o eixo de conversão e de ação entre a Bioética e o conceito expressivo de doação de órgãos.

Há possibilidades de aumentar o número de doações de órgãos de pacientes falecidos, seja pela instrução e aumento da confiabilidade no processamento de auxílio e sobre a doação de órgãos em relação às diferentes crenças. Além disso, as opções para uma maior identificação pública para os doadores de órgãos precisam ser exploradas. E finalmente, descobertas trazidas pela doutrina sugerem que os aspectos do atual sistema de auxílio não parecem alinhados com os princípios comunitários e, portanto, as eventuais reformas precisam ser debatidas abertamente (IRVING *et al*, 2012).

De acordo com Rodrigues, Cornell, Howard (2008), o conflito familiar ocorreu em um terço das abordagens de auxílio no momento em que mais afiliados da família estavam presentes. É bem possível que esse atrito contribua para a abstenção do auxílio, no momento em que as intenções de ajuda do parente são desconhecidas. Aceitar e avaliar a classe do atrito costumeiro pode reforçar a obtenção do consentimento para a doação.

O baixo nível de escolaridade e a desinformação dos indivíduos podem conduzir a interpretações deturpadas sobre a captação e o transplante de órgãos. De acordo com os princípios da Bioética, cidadãos mal informados não são capazes de optar conscientemente, pois querem materializar a doação dos órgãos de seu ente falecido. (MORAIS, MORAIS, 2012).

A execução de doação de órgãos faz com que os cidadãos tenham pensamentos positivos – contribuir com o próximo, é um ato de bondade – e negativos – órgãos extraídos para a distribuição ilegal no mercado abominável, afronta ao desejo altruísta do doador. Vários tabus precisam ser superados, tanto de ordem cultural quanto religiosa. (GREGORINI, 2010).

Morais, Moraes (2012), demonstra os fatores que levam à recusa de doação de órgãos e tecidos *post mortem*: a crença religiosa, a espera de um milagre, não compreensão do diagnóstico de morte encefálica e a crença na reversão do quadro, a não aceitação da manipulação do corpo, a inadequação da informação e a ausência de confirmação da morte encefálica, o medo da reação da família, a desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos, a inadequação do processo de doação, o desejo do paciente falecido, manifestado em vida, de não ser um doador de órgãos, o medo da perda do ente querido.

A grande inquietação do profissional que executa a captação de órgãos e tecidos é ter alcance ético para garantir a ampliação contínua desse processamento. Isso pode ser atingido dando-se destaque à comunicação adequada entre a equipe e os familiares, além da apresentação, em processos de trabalho, de questões cotidianas que tornam a assistência prestada inadequada. Por fim, absorver nas campanhas de doação de órgãos e tecidos, familiares de doadores falecidos e suas experiências. (ROZA; *et al*, 2010).

A legislação dos transplantes pressupõe o acordo com a qualidade e a segurança do processamento de doação de órgãos e tecidos que precisa ser austeramente perseguida pelos profissionais que trabalham no setor. Espera-se que essas atitudes construam uma cultura afirmativa em relação à doação no país, ajudando, colaborando para o crescimento das taxas de doação. Esta é, de fato, a campanha de doação de órgãos e tecidos que podemos corporificar. Por fim, os aspectos de um amanhã promissor dependerão não apenas do código que os governos vierem a abrir em seus países, mas que esses sistemas funcionem. (ROZA, *et al*, 2010).

A autonomia no verdadeiro sentido de fazer escolhas próprias, direito de decisão, respeito à escolha, responsabilidade na ação, e ajuda a fazer uma escolha responsável e que, principalmente, traga benefícios ao próximo. Vale afirmar, portanto, em se tratando de doação de órgãos *post mortem*, que a autonomia envolve a tomada de decisão dos familiares em relação aos órgãos do seu ente querido, o respeito à sua eventual decisão em vida, o direito de decidir e de fazer uma escolha responsável e benéfica.

O conceito de liberdade desenvolvido por Rousseau, se interioriza por Kant, mas se propõe a ir mais além, transformando-o em autonomia da vontade. Como pensador e fundador da filosofia crítica, convida os homens a pensar com liberdade e a agir com autonomia. Específico pela busca no entendimento da moralidade suprema respostas para seu projeto de compreender o fim último da existência do ser humano. A ideia de liberdade tem o mesmo significado de eticidade, de acordo com Kant. (KANT, 1964)

De acordo com Kant (1964), o princípio da autonomia identifica como o único princípio da moralidade e, afirma ainda, que o princípio da moralidade deve ser um imperativo categórico.

O filósofo ainda prossegue confirmando que o princípio da autonomia é: “escolher sempre de modo tal que as máximas de nossa escolha estejam compreendidas, ao mesmo tempo, como leis universais, no ato de querer”. (KANT, 1064). Assim, é possível considerar que a autonomia seja o princípio da dignidade da natureza humana, enquanto ser racional e, a liberdade é a chave da autonomia da vontade.

Em resumo, a autonomia é para Kant o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional, pois o homem deve praticar o bem pelo bem, na qual, a moral tem uma especificidade própria, na medida em que abarca obrigações e deveres supremos e não relativizáveis e que contemple o “outro”.

Foucault em sua conferência de 1974, proclamada no IMS/UERJ, intitulada “O nascimento da Medicina social” – na prática médica atual – tal como descrito por os doentes tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”, e, por conseguinte sua autonomia (Foucault, 1979, p.96).

Refere-se que a autonomia diz respeito não somente à forma como serão tratados, como também à determinação de seu modo de vida e de conduta. Autonomia, portanto, aqui compreendida não no sentido kantiano de uma responsabilização moral, de uma elite sobre aqueles acusados de não seguir a norma ou a razão. Pergunta-se Foucault: que significado têm alguns ritos religiosos populares,

senão uma espécie de resistência difusa à medicalização autoritária de seus corpos e doenças? Em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, o controle médico? (FOUCAULT, 1979, p.9)

Ao tratar-se da Medicina, considera-se assim uma moral, com base no critério e supremo bem a saúde. Ou melhor, um ideal de saúde. Portanto, cabe refletir que fronteira pode haver entre tal ideal de saúde, alienante e submisso ao poder médico, e algo da ordem da saúde, não ideal, mas efetiva, vinculado à potência singular da pessoa? Em outras palavras, a autonomia dos indivíduos na coletividade estaria recuperada simplesmente por uma “resistência” — ou reação — às imposições de uma Medicina oficial científica? (MARTINS, 2003).

5 SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

O SNT, regulamentado pelo Decreto nº 2.268/1997, é responsável pelo processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas. O Sistema Nacional de Transplantes - SNT - regulamenta e coordena o maior programa público de transplantes do mundo (PESTANA; *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde; as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes; as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes; os estabelecimentos hospitalares autorizados; a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes, integram o SNT. (BRASIL, 1997).

O SNT credencia equipes e hospitais para a realização de transplantes, definindo financiamento e portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes submetidos ao transplante (PESTANA; *et al.*, 2012).

As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, presentes nas secretarias de saúde dos 27 estados da federação, que detém, dentre outras incumbências, a de coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual; promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite, são unidades executivas do SNT. (BRASIL, 1997).

As secretarias estaduais podem criar Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), também chamadas de Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT). O intuito é regionalizar a captação em estados com população elevada ou território geográfico extenso (PESTANA; *et al.*, 2012).

Compete as OPO o papel de coordenação supra-hospitalar, responsável por organizar e apoiar, no âmbito de sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação

para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos.(PORTARIA Nº 2.601/2009).

Seguido o foco no processo de captação de órgãos, foi determinado pela Portaria Ministerial nº 1752/2005, que todos os hospitais com mais de 80 leitos devem dispor de Comissões Intra Hospitalares de Doação de órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Essas comissões se direcionam a detecção pró-ativa de potenciais doadores (PESTANA *et al.*, 2012).

Abaixo segue esquema que representa como está organizado o Sistema Nacional de Transplantes no Brasil.

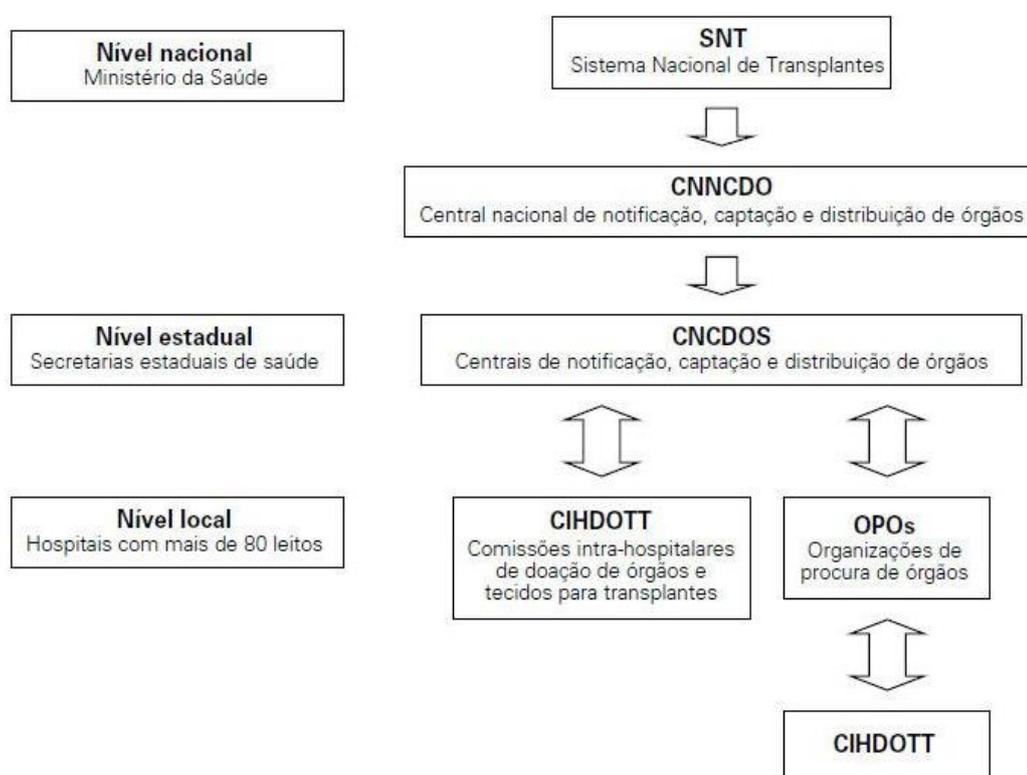


Figura 2: Organização do Sistema Nacional de Transplantes no Brasil

Fonte: PESTANA *et al.*, 2012.

Considerando que para a captação de tecidos, órgãos e partes destes para doação e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde. O Decreto nº 2.268/1997 estabelece requisitos para autorização dos estabelecimentos e equipes especializadas realizarem transplantes de órgãos e tecidos (BRASIL, 1997). Os estabelecimentos de saúde deverão contar com serviços e instalações adequados à

execução de captação e transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, entre eles: Equipes especializadas de captação e transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional, autorizadas conforme este Decreto; Disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos; Condições necessárias de ambientação e de infraestrutura operacional; Capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes; Instrumental e equipamentos indispensáveis ao desenvolvimento da atividade a que se proponha (BRASIL, 1997).

5.1 CAUSAS DE NÃO EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO - RECUSA DOS FAMILIARES - HONPAR

No intuito de melhorar o perfil da população que as instituições hospitalares atendem, alguns indicadores, como causas de não efetivação da doação, respondem por meio dos óbitos, as peculiaridades que montam as estratégias de busca ativa na busca por potenciais doadores (*post mortem*).

De acordo com os critérios da ABTO e OPO, as instituições hospitalares da região, no momento das entrevistas/abordagens utiliza-se de um questionário (ANEXO) junto aos familiares, com o objetivo de interpretar qual o motivo da causa de não efetivação da doação de órgãos. Segundo a OPO (17ª Regional de Saúde Londrina), nos anos de 2015 a 2017, a recusa mais pontuada é: “A família deseja o corpo íntegro”, portanto é possível notar que nos anos referidos houve uma queda das causas de recusa. Segue abaixo quadro demonstrativo das causas de não efetivação a doação de órgãos em recusa familiar em pacientes a óbitos em PCR, dos anos de 2015, 2016 e 2017 no HONPAR.

Tabela 1 - Causas de não efetivação da doação de órgãos /Recusa Familiar em PCR nas abordagens e entrevistas com familiares.

Causa de não efetivação da doação Recusa Familiar (PCR)	2015	2016	2017
Família deseja o corpo íntegro	39	16	8
Desconhecimento sobre a vontade do doador	18	5	6

Tabela 1 (Continuação) - Causas de não efetivação da doação de órgãos /Recusa Familiar em PCR nas abordagens e entrevistas com familiares.

Doador contrário a doação em vida	9	20	10
Receio na demora para liberação do corpo	4	0	0
Familiar indeciso	2	0	0
Dissenso familiar	2	4	1
Motivo religioso	1	1	0
Familiar descontente com atendimento	1	0	0
Familiar contrário à doação	1	17	24
Familiar sem condições emocionais para decisão	0	1	0
Impedimento legal	0	0	0
Favoráveis à doação somente após PCR	0	0	0
Familiar se recusa a explicar o motivo	0	0	0
Familiar não entendeu o diagnóstico ME	0	0	0
Outros	0	0	0
TOTAL	77	64	49

Fonte: O autor, 2018

Abaixo, quadro demonstrativo das causas de não efetivação da doação de órgãos em recusa familiar em pacientes a óbitos em ME, dos anos de 2015, 2016 e 2017 no HONPAR.

Tabela 2 - Causas de não efetivação da doação de órgãos /Recusa Familiar nas abordagens e entrevistas com familiares em paciente em ME.

Causa de não efetivação da doação Recusa Familiar (ME)	2015	2016	2017
Desconhecimento sobre a vontade do doador	2	2	1
Família deseja o corpo íntegro	2	1	0
Dissenso familiar	1	0	0
Doador contrário à doação em vida	1	0	1
Receio na demora para liberação do corpo	1	1	0

Tabela 2 (Continuação) - Causas de não efetivação da doação de órgãos /Recusa Familiar nas abordagens e entrevistas com familiares em paciente em ME.

Familiar contrário à doação	0	3	2
Familiar descontente com atendimento	0	0	0
Familiar indeciso	0	0	0
Familiar não entendeu o diagnóstico de ME	0	0	0
Família sem condições emocionais para decisão	0	0	0
Familiar se recusa a explicar o motivo	0	1	0
Favoráveis à doação somente após PCR	0	0	0
Impedimento legal	0	0	0
Motivo religioso	0	0	0
Outros	0	0	0
TOTAL	7	8	4

Fonte: O autor, 2018

Segundo a OPO nos anos de 2015 a 2017, o indicador mais pontuado para a recusa familiar em possíveis doadores em ME “Desconhecimento sobre a vontade do doador”, portanto também é possível notar que houve uma redução frente as outras causas.

5.2 CAUSAS DE NÃO EFETIVAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM ANÁLISE COMPARATIVA A OUTRAS INSTITUIÇÕES NACIONAIS

O transplante de órgãos e tecidos, é conceituado como uma das formas terapêuticas mais indicadas em extrema gravidades de alguns casos, mostrando eficácia e desenvoltura em diversos hospitais do país. Para alguns familiares a alegria vem da tristeza e sofrimento de outros, porém, talvez a única alternativa possível para o tratamento de algumas enfermidades.

Entretanto, mesmo há séculos, falando ou ouvindo-se falar de doação de órgãos, transplantes e oferta de vida ao próximo, ainda sofremos com as famosas “recusas familiares”, “negativas familiares”, ou “ causas de não doação”.

Entende-se que o processo é muito complexo, envolve muitos dilemas, conflitos éticos, tipos de pessoas, culturas, religião, dentre outros.

O processo de doação de órgãos, tem compreensão dos procedimentos que permitem o potencial doador em um doador real. Há muitos avanços na área de doação de órgãos e transplantes, que vão desde o diagnóstico da morte encefálica, até o fechamento do processo, mesmo que ainda, a confirmação do diagnóstico em morte encefálica seja etapas muito difíceis de serem realizadas. (CINQUE; BIANCHI, 2010, LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013)

Avanços conduziram o processo de doação de órgãos apresentando relevante evolução, a situações que ainda desfavorecem e dificultam o crescimento de transplantes e doações no Brasil, a recusa familiar ainda presente e causando impedimentos de sucesso nos transplantes. (MONTEIRO; *et al*, 2011, PESTANA; *et al*, 2013)

Em busca para identificar os caminhos da doação, há uma necessidade inabalável de se entender a experiência da família, de avaliar os relacionamentos interpessoais que afetam crenças, emoções, comportamentos e decisões. A morte encefálica e a doação de órgãos são práticas culturais contemporâneas. (BOUSSO, 2008)

No intuito de comparar as causas de não efetivação de doação de órgãos, e o perfil de potenciais doadores de órgãos, apresentasse a descrição das variáveis envolvidas na não doação de órgãos em algumas instituições relatadas através de artigos e dados estatísticos.

Segundo Barreto, *et al* (2016), a recusa familiar de potenciais doadores de órgãos é um grave problema que impede o crescimento do número de transplantes, demonstra através de um estudo epidemiológico, documental, retrospectivo, transversal e quantitativo, com análise descritiva de prontuários com protocolo de morte encefálica, no período de junho de 2011 a junho de 2014, em Sergipe.

O resultado apresentado deste estudo mostra que entre os motivos de recusa, 36,2% não tinham o registro do motivo da não doação. O desejo de não doação do potencial doador em vida apresentou 26,7%, seguido de 21,6% para corpo íntegro. Entre os motivos da não entrevista, observou-se que 32,1% ocorreram devido à parada cardiorrespiratória, seguido por exame não compatível com morte encefálica e sepse, com 21,4% cada. Concluiu-se o autor do estudo que, as variáveis envolvidas na não doação de órgãos foram potencial doador ser contrário em vida e o desejo do

corpo íntegro pelos familiares, fazendo tornar-se necessário campanhas de conscientização, incentivando a população a manifestar seu desejo de doar e discutir em família a decisão tomada.

O autor corrobora que fica evidente a necessidade do desenvolvimento de um processo educativo baseado em campanhas de conscientização, incentivando a população a manifestar seu desejo em doar e discutir em família a decisão tomada, no sentido de melhorar os índices de recusa familiar para doação de órgãos. É necessário ainda que sejam tomadas medidas de educação contínua entre profissionais sobre a importância do registro no prontuário de todas as informações de forma fidedigna, fator imprescindível para tomadas de decisão gerenciais. (Barreto *et al*, 2016)

Em análise de outro estudo, realizado no Hospital São Paulo/Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo, dos anos de 2009 e 2010. Estudo este transversal correlacional sobre as causas de recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos, destaca que a pesquisa apresentou os principais motivos de recusa relacionados, que são: não compreensão do diagnóstico de morte encefálica (21%), religiosidade (19%), falta de competência técnica da equipe (19%), tempo longo processo (10%), falecido não era doador (9%), medo da mutilação (5,2%), enterrado como veio ao mundo (3,4%), qualidade do atendimento (3,4%), decisão de um único membro da família (3,4%), experiência negativa em outro processo de doação (1,7%), transferência do corpo (1,7%). O autor conclui que as causas de recusa familiar estão ligadas a não compreensão do diagnóstico da morte encefálica pelos familiares, aspectos ligados a religião, despreparo do profissional que realizou a entrevista.

Evidencia-se que estudo realizado com indivíduos busca avaliar o conhecimento sobre a morte encefálica e o resultado na importância da doação, os indivíduos não compreendem o conceito de morte encefálica, e deixa duvidoso o protocolo de abertura de morte encefálica, tornando-se vulnerável a conduta médica em realizar o diagnóstico correto, influenciando assim negativamente na doação. (TEIXEIRA; *et al*, 2012, LONG; SQUE; ADDINGTON-HALL, 2008). A falta de conhecimento da população leiga e da área da saúde sobre o processo de doação de órgãos é apontada por inúmeros artigos como sendo um dos motivos que levam os familiares a recusarem a doação dos órgãos e tecidos do potencial doador em morte encefálica, bem como a falta de conhecimento do desejo do familiar sobre o tema doação de órgãos. (MONTEIRO; *et al*, 2011, LOPES, 2009)

Outra pesquisa destacada, do ano de 2011, foi um estudo transversal, com os pacientes do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, na Amazônia, após declaração de morte cerebral. Os resultados apontam que no hospital metropolitano, 65% das famílias foram abordadas, porém 73% destas não permitiram a doação, sendo 68% das recusas pelo desejo de manutenção do corpo íntegro. Traz em sua conclusão que o hospital metropolitano, tem como sua principal de causa de não doação, ou a negação familiar da doação, foi o desejo do corpo íntegro. A não abordagem familiar foi devido à contraindicação médica ou impossibilidade de localizar a família em tempo hábil. (CONCEIÇÃO; *et al*, 2012)

Em meio aos motivos da recusa, a justificativa “desejam o corpo íntegro” foi responsável por 68% do total. O apego ao corpo, sua integridade e o medo de sua violação é um fator sociocultural que mostra a falta de informação da população (MORAES; MASSAROLO, 2006). Destaca-se que o processo de sofrimento que envolve a perda de um familiar é enigmático, e está associado a diversos aspectos. O luto e o funeral, faz parte do enlutamento da família, da dor e o respeito ao falecido. A retirada de órgãos pode acentuar o sofrimento da família, ainda mais quando à falta de esclarecimento familiar aos procedimentos que serão realizados, uma vez que isso se associa com o medo de mutilação do corpo do familiar. (ROZA; *et al*, 2010)

Segundo Rech (2007), o termo “indecisão familiar” é muito amplo e pode incluir diferentes aspectos, pode também estar implicado com esta causa, ao que diz respeito ao desconhecimento do desejo em vida do potencial doador. Destaca-se que indecisão familiar foi responsável por 16% das recusas.

Mais uma vez, o problema deve ser abordado por meio de educação, esclarecendo a importância do transplante para a população, uma vez que este pode ser a última esperança de sobrevivência para muitas pessoas com doenças graves. A necessidade de esclarecimento do público pelos meios de comunicação populacionais, pode possibilitar a mudança da atitude da população frente ao processo e conhecimento a doação de órgãos. (MORAES; MASSAROLO, 2006)

O autor deste estudo, contribui que a principal causa de não aceitação familiar no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, na Amazônia, foi o desejo do corpo íntegro por parte dos familiares, seguido de indecisão familiar frente ao transplante, e ainda, o principal motivo da não abordagem familiar do potencial doador no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência foi contraindicação médica, seguido da impossibilidade de localizar a família, e não acionamento da CIHDOTT.

A título de comparativo, demonstra-se análise de um Hospital do Norte do Paraná, um estudo descritivo qualitativo, dados estatísticos levantados no HONPAR, mediante a CIHDOTT HONPAR e OPO (17ª RS Londrina), apresentam-se em quantitativos e comparativos, causas de não efetivação de doação, recusa e doações realizadas no Hospital Norte do Paraná, nos referidos anos de 2015 a 2017.

No ano de 2015, o HONPAR registrou 18 notificações de ME de 115 da região, 10 doações de 66 da região e 8 recusas familiar de 49 da região. Em 2016, o HONPAR registrou 21 notificações de ME de 102 da região, 13 doações de 51 da região e 8 recusas familiar de 49 da região. 2017, o HONPAR registrou 13 notificações de ME de 120 da região, 9 doações de 73 da região e 4 recusas familiar de 47 da região.

Atingindo uma média percentual de quase 20% de notificações para potenciais doadores, 15% de doações efetivas e 9% de recusa familiar frente a abordagem de uma possível doação de órgão.

De acordo com os critérios da ABTO e OPO, no momento das entrevistas/abordagens utilizam-se de um questionário junto aos familiares, com o objetivo de interpretar qual o motivo da causa de não efetivação da doação de órgãos. Nos anos de 2015 a 2017, a recusa mais pontuada é: “A família deseja o corpo íntegro”.

As causas mais evidentes da instituição, refletem a uma média de recusas, sendo 27,77% onde a família deseja o corpo íntegro, 14,47% desconhecimento sobre a vontade do doador e 13,8% doador contrário a doação em vida, dos anos de 2015 a 2017.

Há percepção que houve uma diminuição em certas causas de não doação de órgãos na instituição, destaca-se que o trabalho de conscientização na população e aos colaboradores na forma de envolver os familiares no processo, tem reduzido as recusas nos processos de doação.

Demonstrativo de algumas causas de não doação de órgãos institucionais:

Tabela 3 – Hospitais em Sergipe (2011 a 2014)

Item	Causas de não doação	%
01	Desejo de não doação do potencial doador em vida	26,7%
02	Corpo íntegro	21,6%

Fonte: O autor, 2018

Tabela 4 – Hospital São Paulo/Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (2009 a 2010)

Item	Causas de não doação	%
01	Não compreensão do diagnóstico de morte encefálica	21%
02	Religiosidade	19%

Fonte: O autor, 2018

Tabela 5 – Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, na Amazônia (2011)

Item	Causas de não doação	%
01	Desejam o corpo íntegro	68,10%
02	Religiosidade	7,30%

Fonte: O autor, 2018

Tabela 6 – Hospital Norte do Paraná_ HONPAR (2015 a 2017)

Item	Causas de não doação	%
01	Desejam o corpo íntegro	27,77%
02	Desconhecimento sobre a vontade do doador	14,47%

Fonte: O autor, 2018

Tabela 7 - Demonstrativo em número de notificações, doações e recusa familiar da 17ª Regional de Saúde do Paraná e HONPAR:

2015			
Notificações X Doações X Recusa Familiar em Dados Estatísticos			
	Notificações ME Viáveis	Doações	Recusa Familiar
Regional	115	66	49
HONPAR	18	10	8

Fonte de Dados: Estatística OPO_17ªRegional de Saúde

2016			
Notificações X Doações X Recusa Familiar em Dados Estatísticos			
	Notificações ME Viáveis	Doações	Recusa Familiar
Regional	102	51	51
HONPAR	21	13	8

Fonte de Dados: Estatística OPO_17ªRegional de Saúde

2017

Notificações X Doações X Recusa Familiar em Dados Estatísticos

	Notificações ME Viáveis	Doações	Recusa Familiar
Regional	120	73	47
HONPAR	13	9	4

Fonte de Dados: Estatística OPO_17ªRegional de Saúde

Os estudos apresentados, mesmo com variação de período, instituições e formas metodológicas, notam-se que na maioria das causas apresentadas, coincidem-se em diversas instituições de saúde/hospitalares.

Desejar o corpo íntegro, religiosidade, não compreensão do diagnóstico de morte encefálica, desconhecimento sobre a vontade do doador, são causas em comum, que apesar das diversas dificuldades enfrentadas a nível nacional, elas se repetem e pontuam com número expressivo nas recusas de doação de órgãos.

Entende-se que falar de doação de órgão, ainda se faz necessário, dar continuidade no tema, com conhecimento e humanização. Contudo, observa-se ainda, que mesmo que o potencial doador (*post mortem*) tenha manifestado em vida a vontade de doação, ainda fica sobre critério da família a tomada de decisão, e neste momento de vulnerabilidade optam por não doar.

Baseia-se que a doação salva vidas e ajuda pessoas que dependem do transplante como uma única alternativa, esse sentimento conceituado pelos profissionais de saúde, deverá remeter as famílias que estamos no caminho certo.

Algumas pesquisas apontam a necessidade do treinamento e da capacitação do profissional responsável por realizar a entrevista familiar.(MORAES, 2007, MORAES, 2009, ROZA, 2005, SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012):

Não é a falta de estrutura, mas a negativa familiar o principal motivo para que um órgão não seja doado no Brasil. De todas as mortes encefálicas e que, portanto, os órgãos poderiam ser transferidos para pacientes que correm risco de morte, pouco mais da metade se transforma em doação. O número é alto e cresceu de 41%, em 2012, para 47% em 2013, segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO).

De acordo com a ABTO, as instituições hospitalares, os profissionais de saúde, estão preparados para o enfrentamento do processo de doação de órgãos, mas falta

ainda aos familiares conhecimento e discussão sobre o assunto com os entes queridos, que possam efetivar a doação de órgãos.

Segundo Moraes, (2009) a recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante apresentou que os motivos de recusa também estão relacionados à crença, valores, falta de compreensão do diagnóstico de morte encefálica e inadequações no processo de doação e transplante.

Evidencia- que a família é o elemento principal, e a transparência desse processo só ocorre quando a família se sente acolhida, e é devidamente informada e esclarecida sobre o quadro do ente querido, cabe que a falta de esclarecimento é percebida como uma condição que gera dúvida, angústia, dor e desespero. 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 de saúde que presta assistência ao potencial doador e seus familiares. (MORAES; MASSAROLO, 2009)

O mais importante, a implementação, efetivação de programas de educação permanente direcionados aos profissionais da saúde, sobre o processo de doação e as implicações decorrentes do desconhecimento desse processo, além de divulgação ampla a população sobre os benefícios da doação de órgãos.

6 RESULTADOS

Na base de dados Scielo, no período de 2007 a 2017, foram identificados 06 artigos que cumpriam os critérios de inclusão. Ao total de 06, somou-se com mais 08 selecionados pela base de dados Lilacs e 10 artigos da BDTD, totalizando 19 artigos que cumpriam os critérios de inclusão, na leitura dos textos, apenas 09 tratavam do tema proposto.

Os principais motivos para exclusão dos artigos foram: artigos que não remetiam a doação de órgãos em humanos, que tratavam de transplante de um órgão específico e não faziam citações sobre conflitos bioéticos no processo de doação de órgãos.

Dos 09 artigos analisados, foi possível observar que acontece o decréscimo do número de doações de órgãos em algumas regiões, mesmo quando as listas de

espera de pacientes que necessitam de transplantes de órgãos sólidos continuam a subir. Interessante destacar que existem questões relativamente novas na nossa sociedade, envolvendo aspectos morais, espirituais e emocionais, espera-se que resultem em apreensão e questões éticas.

De acordo com Lamb (2000), que corrobora com o estudo desta pesquisa, refere que o respeito conferido ao corpo do morto é uma característica de todos os sistemas de crenças religiosas e de códigos morais seculares. O corpo representa a memória da vida passada que deveria ser guardada tão próxima quanto possível da pessoa amada. Perder o respeito pelo corpo de um ser humano morto significaria desrespeito por esta pessoa, pelos parentes e, enfim, pelos seres humanos, em geral.

Dos artigos analisados, o autor Bruzzone (2008) destaca que nenhuma religião proíbe formalmente a doação ou o recebimento de órgãos ou é contra o transplante de doadores vivos ou falecidos.

Isso também faz com que seja necessário facilitar e aprofundar os conhecimentos dos atores sociais, estabelecendo um debate sobre este assunto, que toca profundamente nossas concepções sobre a vida, a dignidade e integridade física e as definições de morte. A familiaridade com essas questões e compreensão dos princípios e valores subjacentes aos transplantes, ajuda a reduzir a realidade paradoxal do discurso da maioria a favor da doação de órgãos e o número real limitado de doações nos últimos anos.

Fica evidente que o aumento da taxa de doação depende de um olhar ampliado além das questões técnicas do processo de doação de órgãos e tecidos. Segundo Roza (2005 e 2008), alguns países, com experiência avançada e que trabalham sistematicamente nesse processo, incorporaram a abordagem social e a perspectiva ética, baseadas no voluntarismo das famílias e no respeito ao direito de autonomia dos potenciais doadores.

Em contrapartida, os dados estatísticos comparativos de 2015 à 2017 relacionados e aplicados aos familiares enlutados, mostram-nos que as causas de não efetivação da doação em PCR, houve um decréscimo no período analisado.

De acordo com a OPO (17ª Regional de Saúde do Paraná), no ano de 2015, a causa de não efetivação da doação, que trata dos seguintes fatores: Família deseja o corpo íntegro, apresentou 39 recusas por familiares, e em 2017 apenas 8 foram contabilizadas. Diante da causa: Familiar contrário a doação, deu-se o inverso, em

2017, houve uma recusa por esta razão, enquanto no ano de 2017, 24 familiares recusaram por esse motivo.

Para as causas de não efetivação em ME, o indicador: Desconhecimento sobre a vontade do doador, apresentou 02 recusas no ano de 2017, e finaliza o comparativo com 01 recusa no ano de 2017, seguido do mesmo critério de avaliação em PCR, o indicador: Familiar contrário a doação, apresenta um peso considerável diante das manifestações de recusa, e nesse quesito apresentou nenhuma recusa no ano de 2015, 3 recusas em 2016 e 02 recusas em 2017.

Percebe-se que os familiares precisam de orientações e informações que desmistificam alguns tabus, como desejar o corpo íntegro até o sepultamento, correlacionar com critérios religiosos. Ao tratar de “Familiar contrário à doação”, investigar de outrem essa manifestação, por questões sociais, falta de informação, e aplicar à sociedade a importância em beneficiar o outro com um órgão que poderá trazer de volta uma vida.

Dos dados apresentados, também foi possível observar o número de notificações relativos a doações e recusa familiar da instituição hospitalar HONPAR em comparativo com as demais instituições da 17ª Regional de Saúde do Paraná, coordenada pela OPO.

No ano de 2015, o HONPAR registrou 18 notificações de ME de 115 da região, 10 doações de 66 da região e 8 recusas familiar de 49 da região. Em 2016, o HONPAR registrou 21 notificações de ME de 102 da região, 13 doações de 51 da região e 8 recusas familiar de 49 da região. 2017, o HONPAR registrou 13 notificações de ME de 120 da região, 9 doações de 73 da região e 4 recusas familiar de 47 da região.

Atingindo uma média percentual de quase 20% de notificações para potenciais doadores, 15% de doações efetivas e 9% de recusa familiar frente a abordagem de uma possível doação de órgão. Mostra-se por esses dados que a instituição tem um número reduzido em comparação com as demais instituições hospitalares da região.

7 DISCUSSÃO

Considerando ser uma revisão narrativa da literatura, esta pesquisa destaca a importância do tema proposto frente a sociedade. Com o objetivo de compreender as

dificuldades e enfrentamento que interferem na prática da doação de órgãos para doadores *post mortem* e os conflitos morais envolvidos, a literatura destaca em associação com os dados estatísticos de uma determinada e conceituada instituição hospitalar, que ainda há falta de informação que interfere nos números e contribuição para a diminuição de doações no país.

Os estudos apresentaram uma homogeneidade contextual, de acordo com a leitura dos artigos, os fatores que interferem na efetivação da doação de órgãos dependem da garantia da transparência das informações e das reflexões teóricas que indicam que a relação entre a doação e o aumento da disponibilidade de órgãos ainda é muito sensível à informação disponível no ambiente; se a informação e os incentivos não são objetivos, os indivíduos podem expressar a sua recusa à doação de órgãos.

Além disso, um dos estudos apontou que as principais repercussões oriundas das causas de não efetivação da doação, procede, muitas vezes, de uma abordagem à família com profissionais pouco qualificados. (RECH; RODRIGUES Filho, 2007).

Como fatores determinantes para a doação de órgãos, as questões socioculturais tais como: etnia, crenças religiosas, níveis socioeconômicos e de informação sobre o assunto, assim como credibilidade no serviço de saúde, satisfação do atendimento médico, equipe de profissionais envolvidos no processo, entendimento da morte encefálica, as condições da abordagem e da entrevista realizada, são cruciais para a efetivação da doação, apontado por outro estudo. (RECH; RODRIGUES Filho, 2007).

Fica evidente que o sucesso da entrevista familiar depende de três fatores: predisposição à doação, qualidade no atendimento hospitalar recebido e habilidade e conhecimento do entrevistador.

A recusa familiar tem se tornado a principal razão para a não captação de órgãos em potenciais doadores, de acordo com as causas de não efetivação da doação, tais como: Família deseja o corpo íntegro, familiares contrário à doação, conforme apresentados neste estudo, associam-se ao fato de que o exercício do consentimento tem intenção de junção a elementos como a autonomia, capacidade, voluntariedade, informação e esclarecimento. (BIONDO-SIMÕES; *et al*, 2007).

Em análise leviana, é possível observar que a instituição hospitalar citada neste estudo realiza uma efetivação frente as causas apresentadas, fazendo com que ao longo dos anos explicitados, conseguiu reduzir as causas de não efetivação à doação de órgãos. Com aplicabilidade de educação continuada e melhor qualificação

profissional, a instituição conseguiu impactar no aumento do número de doações, dessa forma, alguns indicadores precisam ser trabalhados de acordo com a comunidade local, intervindo por vezes em conflitos éticos e morais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em busca de um olhar bioético sob os conceitos de doação de órgãos, autonomia e tomada de decisão, é possível identificar a cultura e o perfil da sociedade mediante um tema de grande relevância. A partir da leitura de produções científicas, literaturas e artigos de periódicos eletrônicos, é notável o sentimento de vulnerabilidade nos profissionais envolvidos com a retirada de órgãos e a insegurança quanto às garantias do cumprimento da legislação específica. O cidadão somente será capaz de decidir sobre as questões da vida a partir do momento que receber informações suficientes. Desse modo, pensar na cultura, perfil, costumes, religião é um modo de encarar a vida individual, familiar, profissional e cidadã, que tenha como preocupação fundamental “construir uma verdadeira humanidade”, na qual o essencial seja os nós e não o eu (pessoal, de classe, de nação, de região, etc.). Em suma, a preocupação é o bem comum, coletivo.

Sendo assim, no momento da abordagem para uma possível doação de órgãos (*post mortem*), faz-se necessário a interpretação da ética e moralidade, no quesito de saber respeitar e evidenciar a importância do processo.

Compreender o processo de captação e doação não cabe apenas aos profissionais de saúde, mas principalmente aos familiares, na perspectiva de que estes sujeitos (familiares) passam a ser esquecidos após o cumprimento dos protocolos técnicos de autorização da doação.

A minha experiência confirmou, pelas leituras e dados estatístico, que o ser humano precisa ser mais acolhido, interpretado e ouvido. Os artigos remetem a necessidade de inserir mais informações à comunidade a respeito da doação, os números nos trazem que os familiares no momento de dor, optam pela recusa, pois não sabem o verdadeiro sentido do processo. Assim, o olhar bioético trouxe a magnitude da divulgação do entendimento como componente básico à doação de órgãos. O compromisso da reconstrução da bioética no campo de entendimento e de formação única, desde muito cedo é possível acrescentar na vida das pessoas, como essencial, que a doação de órgãos se faz em qualquer tempo da vida. Destaco a importância do papel do Estado na elaboração das leis, sua aplicabilidade e divulgação. Conceder o consentimento voluntário para a doação de órgãos, em nossa análise, é a maneira de garantir uma decisão mais pugna e participativa. Como

manifestado nesta pesquisa, produzir conhecimento nessa área proporciona o desenvolvimento e a qualificação do atendimento prestado, bem como auxilia e reforça a construção de política pública, baseada nos princípios do SUS, principalmente na equidade, universalidade, integralidade e na hierarquização, proporcionando o estímulo à doação e favorecendo o próximo.

Esta revisão narrativa teve como foco descrever as faces dos aspectos éticos frente a doação de órgãos (*post mortem*). Buscando focar na tomada de decisão e autonomia dos familiares, que favorecem ou dificultam a decisão e o ato de doação de órgãos, a atuação da equipe e ao processo de captação de órgãos. Enfim, resgatar pontos primordiais na literatura que aprimorem eticamente a decisão e o respeito pela escolha.

Com esse estudo foi possível compreender a necessidade de estimular a sociedade a falar mais sobre o assunto e discorrer da importância de respeitar a decisão do próximo. Afinal, o ato de doar não se resume apenas em assinar a autorização, mas é um momento que gera diversos sentimentos, dor da perda para uns e esperança de vida para outros durante e após a captação de órgãos. Sendo assim, é pertinente o cuidado com os familiares durante todo o processo.

Desse modo, pensar em uma cultura de solidariedade é um modo de encarar a vida individual, familiar, profissional e cidadã, que tenha como preocupação fundamental “construir uma verdadeira humanidade”, na qual o essencial seja o nós e não o eu (pessoal, de classe, de nação, de região, etc.). Em suma, a preocupação é com o bem comum, coletivo.

Dessa forma, no momento da abordagem para uma possível doação de órgãos, faz-se necessário a interpretação da ética e moralidade, no sentido de saber respeitar e evidenciar a importância do processo.

Compreender o processo de captação e doação não cabe apenas aos profissionais de saúde, mas principalmente aos familiares, na perspectiva de que esses sujeitos (familiares) passam a ser esquecidos após o cumprimento dos protocolos técnicos de autorização da doação.

A autonomia pode ser relacionada com a sensibilização do momento, pois o possível paradoxo, a ambiguidade, ou até o antagonismo dos termos morte/solidariedade estão presentes na doação, a perda (morte) e a solidariedade tornam-se uma só expressão: o doar permite a continuidade de outras vidas.

Esta pesquisa proporcionou refletir sobre a importância da interação entre equipe e família, oportunizando que os profissionais de saúde contribuam de modo favorável no processo, especialmente com as famílias doadoras, baseando-se nas questões bioéticas, que devem nortear as práticas em saúde.

Entretanto, compreender e respeitar a autonomia das famílias em decidir sobre a doação, não causando danos (não-maleficência), é fundamental para um processo de captação favorável e para que haja uma experiência positiva, tanto para os familiares pós-doação, quanto a equipe intra-hospitalar. Portanto, a construção do conhecimento acerca da experiência desses familiares contribui no “fazer profissional” e na difusão da doação.

Enfim, produzir conhecimento nessa área proporciona o desenvolvimento e a qualificação do atendimento prestado, bem como auxilia e reforça a construção de política pública, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde, principalmente na equidade, universalidade, integralidade e na hierarquização, proporcionando o estímulo à doação.

REFERÊNCIAS

APARECIDA, Dannisllene. **Bioética**. Disponível em: <<https://www.coladawe.com/biologia/bioetica>> Acesso em 29 de maio de 2018.

ALMEIDA, Kely Cristina de *et al.* Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2003, vol.56, n.1, pp.18-23.

ATALLAH, N.A.; CASTRO, A.A. **Revisão sistemática da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica**. 2005. Disponível em: <<http://www.epm.br/cochrane>>. Acesso em 16 de abril de 2018.

BARRETO, Bruna S.; *et al.* Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 18(3): 40-48, jul-set, 2016.

BEAUCHAMP, T; Childress, J. **Principles of biomedical ethics**. 5th ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2001. 454 p.

BEAUCHAMP, TL; CHILDRESS, JF. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 1979. 386 p.

BIONDO-SIMÕES, M.L.P.; *et al.* Compreensão do termo de consentimento informado. **Rev.Col.Bras.Clr.** 34 (3): 183-82007.

BOFF, Leonardo. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis, Rio de Janeiro. Ed. Vozes. 2003. pág. 37.

BRASIL. **Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5479impressao.htm>. Acesso em 10 de março de 2018.

BRASIL, **Lei Nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997**. Brasília: Presidência da República do Brasil, 1997. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9434.htm>. Acesso em 08 de junho de 2018.

BRASIL, **Lei Nº 10.211 de 23 de março de 2001**. Brasília: Presidência da República do Brasil, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

BRASIL, **Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005**. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Brasília, 2005. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2005/prt1752_23_09_2005.html>. Acesso em 10 de março de 2018.

BRASIL, **Portaria nº 2.601, de 21 de outubro de 2009**. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2601_21_10_2009.html>. Acesso em 25 de maio de 2018.

BOUSSO; R.S. The family decision-making process concerning consent for donating their child's organs: a substantive theory. **Texto & Contexto Enferm**. 2008; 17(1): 45-54.

BRUZZONE, P. Religious aspects of organ transplantation. *Transplant Proc*. 40(4):1064-7, 2008.

CINQUE, V.M.; BIANCHI; E.R.F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Esc Enferm**. 44(4):996-1002. 2010.

CONCEIÇÃO, Margarida P. da Silva; *et al*. Análise dos motivos para não doação de órgãos em hospital de referência na Amazônia. **J Bras Neurocirurg** 23 (2): 118-122, 2012.

COSTA. F.C. Razões para o utilitarismo: uma avaliação comparativa de pontos de vista éticos. *Ethica*. Dez 2002 1(2): 20 p. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/ethic@/ETICA4.PRN.pdf>>. Acesso em Mai 2018.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética: princípios morais e aplicações**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DEPENDE DA CONFIANÇA. **The Lancet**. vol. 387, no. 10038, p. 2575, junho, 2016.

ENGLELHARDT Jr, H. Tristram. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Loyola, p. 17.33, 1996.

FABBRO, L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. **Bioética**. 7(1):7-12, 1999.

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

FRATTALLONE, R. Persona. In: LEONE S.; PRINITERA, S. **Nuovo dizionario di bioetica**. Roma: Città Nuova Editrice, p. 856-863. 2004.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, 2003; 17 (5-6): 399-416.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Rev. Brasileira Bioética**, 2005; 1 (2):122-132.

GARRAFA, V.; PESTANA, JOM. **Bioética do Transplante**. In: GARCIA, V.D.; ABBUD-FILHO, M.; NEUMANN, J.; PESTANA, JOM (orgs). (2006) Transplante de Órgãos e Tecidos. 2 ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006.

GERMANO, R.M.; BRITO, R.; TEODÓSIO, S. O comportamento dos enfermeiros dos Hospitais Universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) jul/set; 51(3):369-378. 1998.

GREGORINI, Amanda Cursino, Doar ou não? Aspectos envolvidos na doação de órgãos e tecidos. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, **Psicologia**. Criciúma, julho de 2010.

HANSEL, Tânia Dubou. **Processo de re-significação ética do trabalho na unidade de terapia intensiva frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos**. Dissertação Mestrado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis - SC, 2002.

IMPÉRIO, Fernando D'. Brain Death, Multiorgan Donor and Lung Transplantation. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** v. 19, n 1, Janeiro – Março, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a10v19n1>>. Acesso em 10 março de 2018.

IRVING, Michelle J.; TONG, Allison; JAN, Stephen.; *et al.* **Community Attitudes to Deceased Organ Donation: A Focus Group Study**. Transplantation. May 27;93(10):1064-9. 2012.

JOOST, A.B.; PLOEG, R.J. Effects of brain death on donor viability. **Curr Opin Organ Transplant**. 6:75-82, 2001.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução e notas de Antônio Pinto de Carvalho. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 1964. 179 p.

LAMB, D. Transplante de órgãos e ética. São Paulo: Sobravime/Hucitec; 2000.

LEITE, Rita de Cássia Curvo. **Transplantes de órgãos e tecidos e os direitos da personalidade**. São Paulo: J. de Oliveira, 2000.

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

LESIEUR, Oliver; LELOUP, Maxime; GONZALEZ, Frédéric; *et al.* Eligibility for organ donation following end-of-life decisions: a study performed in 43 French intensive care unit. **Intensive Care Medicine**. September, Volume 40, Issue 9, pp 1323–1331. 2014.

Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-014-3409-2>>. Acesso em 15 de dezembro de 2017.

LIMA, C.S.P., BATISTA, A.C.O., BARBOSA, S.F.F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Rev Eletr Enf.** 15(3):780-9. 2013.

LISSO, Wladimir; PAIVA, Cleuza C. P. Doação de Órgãos e Tecidos. In: **Doação de Órgãos e Transplantes**. 2004. Disponível em: <<http://www.lissoportalespirita.com.br/sintese.htm>>. Acesso em 15 abr de 2018.

LONG, T.; SQUE, M.; ADDINGTON-Hall, J. Conflict rationalisation: how family members cope with a diagnosis of brain stem death. **Soc Sci Med.** 67(2):253-61. 2008.

LOPES, A.G. **Doação de órgãos: um estudo sobre produção de sentidos [dissertação]**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 2009.

MACHADO, Marina Gomes. **Bioética em Foco: Bioética sempre em foco para você**. 2015. Disponível em: <<https://bioeticaemfoco.wordpress.com/2015/05/07/modelos/>>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

MALAGUTTI, Willian. **Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

MARTINS, A. Biopolítica: el poder médico y la autonomía del paciente en una nueva concepción de salud, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev.2004.

MONTEIRO, A.M.C.; *et al.* Doação de órgãos: compreensão na perspectiva de adolescentes. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** 11(4):389-96. 2011.

MORAES, B.N. **Perfil, crenças, sentimentos e atitudes de familiares doadores e não-doadores de órgãos [tese]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2009.

MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Estudo bibliométrico sobre a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de 1990 a 2004. **J Bras Transpl.** 9: 625-9. 2006.

MORAES, E.L. **A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante [dissertação]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.

MORAES, Valdo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta paul. enferm.** vol.22 no.2 São Paulo. 2009

MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. **Doação de órgãos: é preciso educar para avançar.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639, out./dez. 633. 2012.

MORI, M. **A bioética: sua natureza e história.** Humanidades (UnB), 9 (4): 332-341. 1994.

OLIVEIRA, F. **Bioética: uma face da cidadania.** São Paulo: Moderna, 2004.

PAULA, I. C. Il concetto di persona e la sua rilevanza assiologica: i principi della bioetica personalista. **Medicina e Morale**, n. 2, p. 265-278, 2004.

PEARSON, I.Y.; BAZELEY, P.; SPENCER-PLANE, T.; *et al.* A survey of families of brain dead patients: their experiences, attitudes to organ donation and transplantation. **Anaesth Intensive Care**. 23(1):88-95. 1995.

PEREIRA, W. A. Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. São Paulo: ABTO, 2009.

PESTANA, J. O. M.; *et al.* O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, p. 7-15, 2012.

PESTANA, A.L.; *et al.* Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Rev Esc Enferm**. 47(1):258-64. 2013.

POTTER, VR. **Bioethics – bridge to the future.** Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, USA: Prentice Hall Inc.; 1971, 205 p.

POTTER, VR. **Global bioethics: building on the Leopold legacy.** East Lansing: Michigan State University Press; 1988.

REICH, W. (ed.). **Encyclopedia of Bioethics.** The Free Press, New York: The Free Press, 1978. Vols. 1 e 2, 1978, 1933 p.

RECH, T.H.; RODRIGUES FILHOS, E.M. Entrevista familiar e consentimento. **Rev Bras.Ter. Intensiva**. 2007;19(1):85-9.

RODRIGUES, J.R.; CORNELL, D.L.; HOWARD, R.J. Does family disagreement affect donation decisions by next of kin? **Prog Transplant**. Sep;18(3):179-84. 2008.

ROZA, B. A. Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. **Escola Paulista de Medicina**. Curso de Enfermagem; 2005.

ROZA, B.A.; SCHIRMER, J. **Bioethics as a tool for the practice of organ and tissue donation.** The Newsletter of the Internacional Association of Bioethics. (20):7-13. 2008.

ROZA, Bartira De Aguiar *et al.* Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta paul. enferm**. [online]. 2010, vol.23, n.3, pp.417-422. ISSN

1982-0194. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300017>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2017.

ROZA, B.A.; *et al.* Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paul Enferm.** 23(3): 417-22. 2010.

SADALA, M.L.A. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. **J Bras Nefrol.** 23(3):143-51. 2001.

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO, M.C.; MORAES, E.L. Family interview in the process of donating organs and tissues for transplantatio. **Acta Paul Enferm.** 25(5):788-94, 2012.

SELLETI, J; GARRAFA, V. **As raízes cristãs da autonomia.** Petrópolis: Vozes, 2005, 117 p.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética I: fundamentos e ética biomédica.** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA, S.C., PADILHA, K.G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev Esc Enferm USP.** 35(4): 360-5, 2001.

TEIXEIRA, R.K.; GONÇALVES, T.B.; SILVA, J.A. Is the intention to donate organs influenced by the public's understanding of brain death?. **Rev Bras Ter Intensiva.** 24(3):258-62. 2012.

TRIPLE, A.; PEREIRA, N.; RUGGIERO, E.;*et al.* Autonomia do paciente no centro cirúrgico: uma questão bioética. **Revista SOBECC,** São Paulo jan/mar; 3(1): 19-21. 1998.

UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.** LISBOA – PORTUGAL, 2006.

ZOBOLI, E. L.; FRACOLLI, L.A. Vulnerabilidade do sujeito de pesquisa. **Cadernos de Ética em Pesquisa,** Brasília (DF) ago; (8):20-21. 2001.

ANEXO

OPO CASCAVEL CURITIBA LONDRINA MARINGA

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

Notificante: _____ Celular (____) _____
Hospital/Serviço _____ Fone (_____) _____
Município: _____ UF: _____

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

Diagnóstico: _____
Evolução Clínica: _____

Causa do Óbito: _____ **Hora Óbito:** ____ : ____

Data do Internamento no Hospital: _____ Nº Prontuário/Registro: _____

Descrição	SI M	NAO	Especificar
Ventilação Mecânica			Quanto tempo: _____ (dias)
Internação UTI			Quanto tempo: _____ (dias)
Temperatura/Febre			Data: _____ Temp.máxi.: _____ Quanto tempo: _____ (dias)
Infecção			Local: _____
Sepse em atividade			
Neoplasia			Tipo/Local: _____
Doença Neurológica ou cromossômica			Qual? _____
Doença Viral			Qual _____
Endocardite bacteriana ou fúngica			
Recebeu Sangue? Hemoderivados			Data: _____
Hemocultura Positiva			Data: _____ Germe Isolado: _____
Ultimo Hemograma			Data: _____ Leucócitos: _____ Bastões: _____
Antibióticos Ministrados			1. _____ (dias)
			2. _____ (dias)
			3. _____ (dias)
Feito necropsia			
Corpo mantido em câmara fria			Horário de entrada: _____

MORTE VIOLENTA		Guia de Encaminhamento ao IML + Boletim de Ocorrência do Óbito
		Delegacia de Policia: Especifique: _____

COLETA DA AMOSTRA SANGUÍNEA PARA TRIAGEM SOROLÓGICA
CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO

INFORMAÇÕES DOADOR

Nome completo do Doador _____ RGCT: _____

Data nascimento _____ Idade _____ Peso _____

COLETA DA AMOSTRA SANGUÍNEA

Amostra enviada ao laboratório de apoio para sorologia() Amostra enviada ao banco de tecidos ou a CET-PR()

Data: ___ / ___ / ___ Hora: ____ : ____ Responsável _____ Tel.: () _____

Acesso exclusivo para coleta da amostra sanguínea? () Sim
() Não - Volume inicial desprezado? () Sim Quanto? _____ mL
() Não

ENVIO DA AMOSTRA AO BANCO DE TECIDOS

Acondicionamento da amostra sanguínea na caixa térmica junto com o tecido doado

Data: ___ / ___ / ___ Hora: ____ : ____ Responsável: _____ Tel.: () _____

A amostra foi mantida refrigerada desde sua coleta até ser acondicionada na caixa térmica com o tecido doado?
Sim () Não ()

HISTÓRIA DE INFUSÕES ANTES DA COLETA DA AMOSTRA

Volume total de SANGUE infundido nas últimas 48 horas		Volume total de COLÓIDES infundidos nas últimas 48 horas		Volume total de CRISTALÓIDES infundidos na última 1 hora	
Concentrado hemácias	mL	Dextran	mL	Solução salina	mL
Sangue total	mL	Plasma	mL	Solução glicosada	mL
Sangue reconstituído	mL	Plaquetas	mL	Ringer lactato	mL
		Albumina	mL	Outros	mL
		Amido hidroxietílico	mL		
		Outros CRIO	mL		
TOTAL A	mL	TOTAL B	mL	TOTAL C	mL

CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO

Volume do plasma (VP)
Peso do Doador (kg) _____ = mL
0,025

Volume de sangue (VS)
Peso do Doador (kg) _____ = mL
0,015

AVALIAÇÃO DA HEMODILUIÇÃO

B + C > VP Sim () Não ()

A + B + C > VS Sim () Não ()

- Caso as respostas de ambas as perguntas sejam negativas, teste a amostra
- Caso uma das respostas seja positiva: Nos casos de **PCR** consultar a disponibilidade de amostra pré transfusão, se não houver, rejeite o doador. Nos casos de **ME**, consultar a disponibilidade de amostra pré transfusão, se não houver, consultar a CET-PR sobre o intervalo a ser aguardado para refazer o cálculo.

Resultado: AMOSTRA ACEITA () AMOSTRA RECUSADA ()

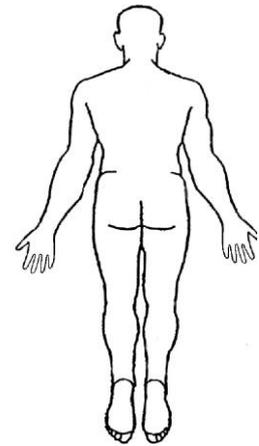
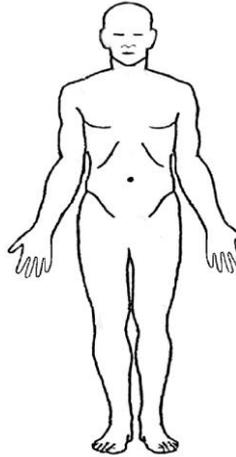
Responsável pela avaliação da hemodiluição	Cargo/Função	Tel	Assinatura

EXAME FÍSICO DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Responsável pela avaliação física:

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

Colocar os números
correspondentes
aos achados de exame físico



ALGUMA EVIDÊNCIA DE:		SIM	NÃO	CASO SIM, ESPECIFIQUE OU INFORME SE IMPOSSÍVEL VISUALIZAR
01	CICATRIZES CIRÚRGICAS/TRAUMÁTICAS ANTERIORES AO EVENTO DA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS (ESPECIFICAR)			
02	TRAUMA (CRÂNIO, ABDOMINAL, TÓRAX...)OU SINAIS DE INFECÇÃO NO LOCAL DA RETIRADA			
03	FRATURAS/GESSO/APARELHOS ORTOPEDICOS			
04	COLORAÇÃO AMARELADA DE PELE, MUCOSA, ESCLERA			
05	ALTERAÇÕES CUTÂNEAS (MANCHAS PIGMENTADAS OU AVERMELHADAS IRREGULARES, ESPINHAS DISSEMINADAS, CROSTAS OU FERIDAS ABERTAS, VERMELHIDÃO OU SINAIS DE COCEIRA)			
06	"RASH" CUTÂNEO OU PETÉQUIAS GENERALIZADAS			
07	MANCHAS (AVERMELHADAS, AZUIS, ROXAS, MARRONS, PRETAS) OU LESÕES NA PELE			
08	HEMATOMA/LESÃO/ABRASÃO/LACERAÇÃO/FERIDA/ÚLCERA			
09	TATUAGEM OU MAQUILAGEM DEFINITIVA (DESCREVER)			
10	PIERCING (DESCREVER)			
11	MARCAS DE AGULHA NÃO RELACIONADAS A USO MÉDICO (VER SE NÃO ESTÃO ENCOBERTAS PELAS TATUAGENS)			
12	LOCAL DE ENTRADA DE AGULHAS RELACIONADO AO USO MEDICO.			
13	TUBO ORATRAQUEAL/NASOGÁSTRICO/SONDA VESICAL			
14	FLEBOTOMIA/INTRACATH (ACESSO VENOSO)/ACESSO ARTERIAL			
15	LESÕES GENITAIS, E/OU PERIANAIS			
16	FÍGADO AUMENTADO			
17	NÓDULOS LINFÁTICOS AUMENTADOS			
18	PLACAS BRANCAS NA BOCA (MONILÍASE)			
19	TUMORAÇÕES (AUMENTO DE VOLUME, MASSAS, ADENOPATIAS)			
20	ACHADO OCULAR ANORMAL			
21	CAQUEXIA OU DESNUTRIÇÃO			
22	OUTRAS (DESCREVER)			
23	BOA HIGIENE PESSOAL			

Doador: _____ RGCT: _____

EXAME FÍSICO PARA DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909

www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br

	OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO		
	SIM	NÃO	DESCREVER	SIM	NÃO	DESCREVER
REFRIGERAÇÃO TÓPICA						
PÁLPEBRAS FECHADAS						
CICATRIZ						
SECREÇÃO						
ICTERÍCIA						
EDEMA PALPEBRAL						
PTERÍGIO						
MELANOMA						
CORPO ESTRANHO						
DESIDRATAÇÃO						
INFECÇÃO OU INFLAMAÇÃO						
TRAUMA						
DOADOR SUBMETIDO A CIRURGIA OCULAR						
OUTROS:						
ACHADO OCULAR ANORMAL						
PÁLPEBRA SUPERIOR						
PÁLPEBRA INFERIOR						
CONJUNTIVA						
CÓRNEA						

Comentários relevantes do examinador

Assinatura do responsável pelo exame físico

HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Nome do Doador:		Data:
Nome do Entrevistado:		Fone:
Relação com Doador:		
Nome do Entrevistador:	Cargo/Função:	
Assinatura:	Fone:	

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

Doador: _____

RGCT: _____

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

DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

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

DOADOR DE CORAÇÃO PARA VALVAS

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

DOADOR DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS (OSSOS)

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

DOADOR DE PELE

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

COMENTÁRIOS RELEVANTES DO ENTREVISTADOR

Assinatura do entrevistador

RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS

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

RELATORIO DE RETIRADA DE TECIDO OCULARES

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

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

RELATÓRIO DE RETIRADA DE CORAÇÃO PARA VALVAS

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

Meio	Fabricante:	Lote:	Validade:
:			
Embalagem primária:	Fabricante:	Lote:	Validade:
Fio utilizado para lacrar a embalagem primária:	Fabricante:	Lote:	Validade:

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

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

RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

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

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

RELATÓRIO DE RETIRADA DE PELE

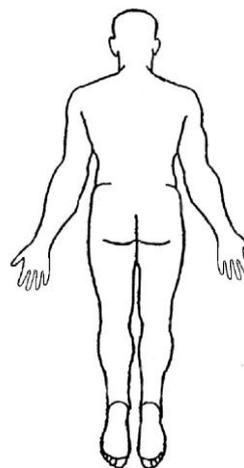
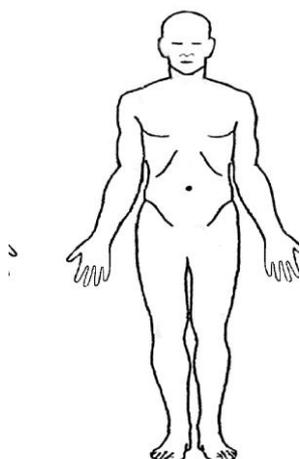
Doador: _____ RGCT: _____

Profissional do BPH:				Cargo/função:			
Assinatura:				Data: / /		Hora:	
RETIRADA DE PELE:		SIM		NÃO	Pq.:		
Data e Hora da Retirada:							
Serviço Responsável pela Retirada:							

01º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

02º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
ANTERIOR			POSTERIOR			OUTROS:		
SUPERIOR			SUPERIOR					
INFERIOR			INFERIOR					



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Entrega do Corpo para família

Horário: _____ : _____

Responsável: _____